DU DÉVELOPPEMENT

ET DES

TUMEURS DE L'OVAIRE

EN PARTICULIER

DES KYSTES DERMOÏDES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU DÉVELOPPEMENT

ET DES

TUMEURS DE L'OVAIRE

EN PARTICULIER

DES KYSTES DERMOÏDES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Paul COUSIN,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

V. A. DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine.

1877

DU DÉVELOPPEMENT

ET DES

TUMEURS DE L'OVAIRE

EN PARTICULIER

DES KYSTES DERMOÏDES

AVANT-PROPOS.

Notre intention avait été tout d'abord de nous borner à étudier les kystes dermoïdes ; deux raisons principales nous ont forcé à abandonner notre cadre primitif.

Dans la suite des longues recherches auxquelles nous nous sommes livré, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que la question des kystes dermoïdes de l'ovaire était encore loin d'être résolue. Ajouter un travail de plus aux travaux déjà nombreux publiés sur ce sujet devait nous conduire à

un résultat sinon nul, au moins d'une importance plus que douteuse.

D'autre part, la majeure partie des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, ont si peu tenu compte du développement embryonnaire et des variations que présente ce développement, que tous leurs travaux, remplis de discussions stériles, ont abouti à faire constater des faits dont la cause reste complètement ignorée.

Ainsi, avant les travaux si remarquables de Verneuil, Broca, Robin et Lebert, et des auteurs français et étrangers, que nous citons dans le cours de notre étude, serait-il fastidieux de vouloir rapporter, dans leurs plus intimes détails, les opinions si extravagantes et si bizarres émises par des esprits supérieurs auxquels les moyens d'étude faisaient entièrement défaut.

Nous devons ajouter que le sujet de cette thèse inaugurale s'est présenté à nous, à la suite d'une récente opération de gastrotomie, pratiquée par notre habile maître, M. Péan, chez une jeune fille de 11 ans, dont les jours étaient gravement compromis par la présence d'un kyste dermoïde siégeant dans l'ovaire gauche et qui était apparu vers l'âge de 9 ans. Nous avons alors voulu savoir ce qui avait été écrit sur cette question, et les ouvrages des maîtres cités plus haut nous ont amplement fourni les matériaux nécessaires pour mener notre tâche à bien.

Persuadé, du reste, que l'étude des kystes dermoïdes nous deviendrait d'autant plus facile que

nous connaîtrions mieux, au moins dans leurs grandes lignes, les tumeurs de l'ovaire en général, nous avons élargi notre cadre et cru devoir faire précéder notre mémoire du développement et de l'anatomie normale de l'ovaire. Cette vue en raccourci nous rendait plus facile la tâche et doit nous conduire, si nous ne nous faisons illusion, à donner un travail, sinon absolument complet, du moins aussi synthétique que possible.

Nous devons à l'extrême obligeance de notre ami, M. le Dr André, la plupart des observations histologiques que nous avons consignées dans la première partie de notre étude, et qui font partie d'un travail en préparation qu'il a mis si généreusement à notre entière disposition.

DÉFINITION.

Nous définirons, en général, avec M. le professeur Broca (1), les kystes: « des tumeurs chroniques, constituées par des cavités closes, anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de *continuité*, par leur surface extérieure, avec les tissus vasculaires environnants, et en rapport de simple contiguité, par leur surface interne, avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale. »

Dès lors, sous le nom de kystes dermoïdes, nous

(1) Traité des tumeurs, p. 12.

désignerons des tumeurs dont le caractère essentiel est d'avoir pour sac une membrane dont la texture se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Le kyste sera uniloculaire s'il n'est formé que d'une seule cavité ; multiloculaire s'il contient plusieurs poches.

Relativement aux autres kystes de l'ovaire, les kystes dermoïdes sont assez peu fréquents, puisque sur 285 opérations de gastrotomie tirées de la pratique de M. Péan, nous n'avons noté que 8 cas de tumeur appartenant à cette variété.

La statistique de Spencer Weels qui se compose de 500 observations nous fournit une proportion plus faible encore. Nous n'y relevons, en effet, que neuf kystes dermoïdes. Mais il importe de faire dès maintenant remarquer que les kystes dermoïdes sont moins rares que ne le laissent supposer ces deux statistiques, puisqu'il ne s'agit là que de tumeurs ayant nécessité l'extirpation et que nous négligeons de tenir ainsi compte de celles qui ont pu passer inaperçues ou pour lesquelles le chirurgien n'a pas été appelé à intervenir.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.

DÉVELOPPEMENT DE L'OVAIRE.

L'ovaire ne saurait en aucune manière être confondu avec une glande. Il n'est pas plus une glande que la trompe n'est un conduit excréteur. Cet organe spécial de la reproduction chez la femme commence à paraître peu après que la lame externe du feuillet moyen s'est réunie à la face profonde du feuillet externe du blastoderme, et la lame interne du même feuillet à la partie superficielle du feuillet blastodermique interne.

Le phénomène embryogénique qui précède la naissance de l'ovaire est l'apparition du corps de Wolff.

Deux opinions sont en présence au sujet de ce dernier organe. La première considère le corps de Wolff comme dérivant d'un amas cellulaire fourni par le feuillet moyen, vers la région dorsale de l'embryon, amas cellulaire ayant des connexions avec le feuillet blastodermique externe ; la seconde

fait provenir ce corps d'une invagination de la paroi du *cœlome* (Hœckel) cavité innominée (Pouchet). Cette invagination se produirait au niveau du cœur, pour se terminer sous forme d'un cylindre épithélial plein jusqu'au cloaque...

Quoi qu'il en soit, nous savons que le testicule et l'ovaire naissent au voisinage, si non aux dépens du corps de Wolff. Sur la surface interne de ce corps on trouve d'abord, comme rudiments des deux organes de la génération, une masse de cellules épithéliales, les unes situées à la partie supérieur de la face interne, pour le testicule; les autres à la partie inférieure de la même face, pour l'ovaire (Waldeyer). Ces cellules, ne tardent pas, pour ce dernier organe, à prendre une forme tubulaire, et chaque tube sera irrégulièrement disséminé. Plus tard, quand les reins, les testicules et les trompes se seront individualisés, l'ovaire ne sera plus constitué que par une petite masse formée de conduits épithéliaux,

Ces conduits, étudiés par Valentin, Billroth et surtout Pflüger et Waldeyer, sont, d'après les observations les plus récentes, formés par une invagination de l'épithélium germinatif, laquelle donnera lieu 1° aux cordons de Pflüger ; 2° aux ovules et aux cellules de la membrane granuleuse. Entre ces cordons se trouve du tissu conjonctif à diverses périodes de développement.

Dans l'ovaire, en voie d'évolution, on trouve donc de dehors en dedans : 1° l'épithélium germinatif (Waldeyer).

2° La zone corticale (Schron).

Cette zone est étroites et contient les tubes de Pflüger. Dans ces tubes se rencontre l'ovule plus ou mois développé et entouré de petites cellules. Si l'on ajoute à cela les cellules dites parenchymateuses et une zone plus centrale appelée vasculaire, on aura une idée complète de la structure de l'ovaire.

Après que les cordons se sont produits par une involution épithéliale, ainsi que nous l'avons dit, un étranglement se forme dans les cordons de Pflüger, et le follicule qui en résulte se développe graduellement.

Ce follicule, appelé follicule de Graaf, est constitué par une paroi dépendant du tissu propre de l'ovaire et possédant un réseau vasculaire d'autant plus abondant, suivant les propres recherches de M. André, qu'on se rapproche plus du moment de la maturité de l'ovule. Cette paroi, d'après Slavzanski, posséderait un endothélion.

Sa face est tapissée par un épithélium à noyaux (6 à 10 μ) très-régulièrement disposé en plusieurs couches, et sur un point de la vésicule cet épithélium s'épaissit, en laissant un vide au centre de son épaississement. De là une figure assez bien représentée par un 8 de chiffre ; dans une des boucles formées par le vide intra-épithelial, on ren contre l'ovule ; dans l'autre une substance liquide. Les cellules, formant les branches du 8, se nomment la *membrane granuleuse*, l'épaississement, autour de l'ovule, s'appelle le *disque ovigère*. Quant à

l'ovule, il est entouré par la membrane vitelline, garnie, comme M. André (1) l'a encore démontré, de stries visibles chez les animaux inférieurs, et d'une ouverture appelée micropyle. Chez la femme, cette membrane forme un anneau hyalin, et le nom de *zone transparente* a été donné à l'aspect qu'elle présente. La cavité de l'ovule renferme le vitellus, composé par un liquide visqueux, et par des granulations de diverses natures.

Dans ce liquide, on rencontre encore un noyau (30 à 40 μ de diamètre) appelé *vésicule germinative*, et un nucléole (7 à 12 μ) nommé *tache germinative*. Dans le noyau se trouve une substance translucide.

Au résumé, l'ovaire complètement développé se compose d'une partie fondamentale et de parties accessoires.

La partie fondamentale est constituée par l'ovule et ses annexes, renfermés dans la vésicule de Graaf. Les parties accessoires comprennent l'épithélium péritonéal, l'enveloppe de l'organe, la trame formée de plusieurs couches assez mal délimitées de tissu conjonctif plus ou moins développé, mais divisible cependant en une couche périphérique, et une couche centrale, la première réservée aux ovules, la seconde aux vaisseaux; — et renferment enfin des fibres musculaires lisses, abondantes surtout au niveau du ligament de l'ovaire, des vaisseaux, des nerfs et des lymphatiques (Hiss).

(1) J. André. Journal d'anatomie, 1875, p, 197.

Près du hile de l'ovaire, et dans l'épaisseur du ligament large, on rencontre l'organe de Rosenmüller, formé d'éléments canaliculaires, tapissés par un épithélium à cils vibratiles et contenant un liquide.

Ajoutons enfin qu'à la suite de la rupture d'un follicule de Graaf, apparaît le *corps jaune*.

Ces corps jaunes, dont l'hypertrophie est en relation avec la grossesse, sont constitués, d'après Ch. Robin, par des cellules à noyau volumineux, éléments de la paroi propre proliférés. — Dans quelques corps jaunes, appartenant à des ovaires de chattes, notre ami M. André a trouvé de véritables conglomérats hémorrhagiques.

CHAPITRE II.

PATHOLOGIE DE L'OVAIRE.

Nous devons après avoir examiné rapidement le développement et la constitution de l'ovaire, rechercher dans l'étude des pièces pathologiques quelles sont les principales variétés de tumeurs que l'on rencontre dans cet organe.

En tenant compte de la manière dont il se développe, de sa constitution parfaite, nous avons essayé, dans une autre partie de ce travail qui ne

peut trouver ici place dans son entier, de démontrer qu'il y a lieu d'adopter pour les produits morbides, solides ou liquides de l'ovaire une classification basée sur l'histologie, normale. D'autre part, il nous a paru utile de rechercher, si des liquides obtenus par la ponction on peut induire le siége des tumeurs, et conclure à leur gravité ou à leur bénignité.

Comme tout organe à l'état actif, et plus qu'aucun autre même, l'ovaire est sujet à des congestions. Ces congestions, lorsqu'elles ne disparaissent pas avec les causes mensuelles qui leur donnent naissance, ont avec différentes affections organiques des liens de cause à effet, mais il ne semble pas que ces congestions, non physislogiques, et l'induration qu'elles peuvent amener à la longue, puissent elles-mêmes contribuer à devenir le point de départ de lésions graves.

Les hémorrhagies folliculaires simples ou multiples répétées peuvent, tout au plus, donner lieu à des péritonites adhésives très-limitées. Ces adhérences ne semblent pas avoir de rapport avec les adhérences quelquefois considérables constatées par les chirurgiens dans les opérations pratiquées sur les grands kystes, mais elles démontrent que, à la suite des congestions, des inflammations peuvent se produire tant dans l'ovaire proprement dit que dans son voisinage. Ces lésions histologiques de l'ovaire, dans ce cas, ne diffèrent pas des lésions inflammatoires de tous les autres organes et

varient de l'inflammation la plus légère à l'inflammation la plus grave,

Dans la trame même de l'ovaire et aux dépens de cette trame peuvent se former des produits pathologiques primitifs ou secondaires.

Nous n'avons jamais rencontré d'enchondromes non plus que de tubercules ou de gommes; néanmoins il est juste d'ajouter, à propos de ces deux derniers produits, que les ovaires enlevés par le Dr Péan étaient, à cause de l'âge des opérées, de ceux que l'on rencontre le moins souvent chez les adultes.

Il en est tout autrement des myomes dont il ne faudrait pas s'exagérer la fréquence, car dans les quatre cas qu'a analysés M. André, pas une seule fois la tumeur ne lui a fourni un type de myome pur. Trois fois la tumeur se composait de fibres lisses très-développées, mais réunies en faisceaux, très-écartés les uns des autres par du tissu fibreux, renfermant plus ou moins de cellules embryoplastiques et des vaisseaux en voie de développement. Dans un autre cas la tumeur était très-volumineuse et contenait des muscles lisses, des vaisseaux à parois flasques et d'un calibre énorme. Une particularité, intéressante à noter, était la quantité de liquide inclus, en outre, dans cette tumeur. A la coupe, elle est composée de vaisseaux soutenus par un tissu fibreux fin, limitant de larges espaces tapissés de cellules fusiformes et renfermant un liquide analogue à de la lymphe, liquide tenant en suspension des cellules lympha-

tiques colorables par la purpurine. De cet examen, M. André a conclu que la tumeur était un myome avec développement exagéré de tissu fibreux et de vaisseaux, autrement dit un fibro-myome vasculaire.

Les tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctif accessoire de l'ovaire sont primitives ou secondaires et dans les deux cas peuvent revêtir trois formes principales :

1° La forme embryoplastique (sarcome encéphaloïde);

2° La forme fibro-plastique (sarcome fasiculé).

3° La forme fibreuse plus ou moins pure.

Les formes histologiques de ces tumeurs sont, au reste, les mêmes que partout ailleurs, cependant la forme embryoplastique, à cellules rondes, petites, sans interposition de tissu conjonctif paraît dominer dans l'ovaire.

Parmi les nombreux cas qui ont été soumis à son examen, M. André n'a trouvé qu'une seule tumeur fibro-plastique à grandes cellules et à forme radiée (sarcome fibro-cellulaire, Reindfleisch), et il s'agissait d'une tumeur qui avait manifestement débuté dans les parois abdominales.

Le carcinome de l'ovaire est également primitif ou secondaire, et se présente sous deux formes : dans la première, les cellules généralement rondes, sont jetées sans ordre dans la trame même de l'ovaire, dont la masse toute entière est prise, et considérablement augmentée.

Dans un cas entièrement intéressant à ce point

de vue, on ne trouvait pas trace des éléments fondamentaux de l'organe, et dans le tissu conjonctif on voyait, à la coupe, la formation des nids carcinomateux, comme on peut la voir dans le tissu adipeux qui entoure le carcinome du sein.

Ici, comme dans le sein, du reste, si la description du cancer donnée par MM. Cornil et Ranvier, semble la plus exacte, il est juste de dire que cette théorie ne saurait subsister dans son entier, et nous croyons facile de démontrer que les auteurs dont nous parlons ont parfaitement observé des faits indiscutables, sans se demander si le développement du carcinome tel qu'ils le donnent est bien un fait primitif, en d'autres termes, si tous les nodules carcinomateux débutent dans le tissu conjonctif et indépendamment de toute lésion initiale des épithéliums glandulaires.

Nous notons simplement, pour l'heure, que les cellules du carcinome de l'ovaire sont extrêmement variables, selon le point que l'on examine et tendent, à une certaine période de leur développement, à prendre la forme épithéliale propre aux cellules de la membrane granuleuse.

Reindfleisch et Klebs ont signalé des épithélioma primitifs de l'ovaire. Les tumeurs secondaires ne diffèrent en rien de ces tumeurs primitives.

Toutes et surtout le sarcome embryoplastique et le carcinome à aspect encéphaloïde contiennent des kystes. Ces kystes sont généralement de volume peu considérable; ils sont tapissés par un épithé-

lium variable et contiennent des végétations qui en diminuent plus ou moins la cavité.

Ceci nous conduit à la question des kystes de l'ovaire, envisagés comme affection particulière de cet organe et indépendamment des altérations signalées ci-dessus.

On se rappelle que dans les follicules de Graaf se trouve un liquide qui peut augmenter assez, pour donner naissance à de petits kystes, dont le volume n'est jamais considérable. Rokitansky a démontré que ces petits kystes contenaient encore un ovule, et, sur une tumeur de l'ovaire,constituée par 30 à 40 kyste, variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix . M. André a trouvé également, dans les petites cavités kystiques et dans les moyennes, un ovule parfaitement reconnaissable. Les grands kystes ne contenaient qu'un liquide séreux, blanchâtre, coagulable par la chaleur, quelques épithéliums en dégénérescence. des leucocytes et des granulations libres dans le liquide. Chacune des cavités était nettement délimitée et pouvait s'isoler même avec quelque tractions. Cet ovaire provenait d'une femme opérée pour un grand kyste de l'ovaire droit.

Par suite, on peut se demander si l'ovaire gauche ne présentait pas les phénomènes initiaux des kystes séreux et si, comme on le croit généralement, quelques grands kystes de l'ovaire n'ont pas pour point de départ l'hypertrophie des vésicules

de Graaf. De nouvelles recherches sont nécesaires encore pour résoudre le problème.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare de ne rencontrer qu'un seul kyste ovarien, se composant, ainsi que le croient très-justement MM. Cornil et Ranvier, d'une paroi formée par le revêtement péritonéal, d'une couche de tissu conjonctif lamellaire et d'un revêtement épithélial. Ces tumeurs présentent de plus, quelquefois, sur la face interne de la poche et faisant saillie à l'intérieur, une multitude de petits kystes, garnis d'un épithélium pavimenteux très-régulier, et formés dans leur partie libre par un épithélium externe, séparés par une couche excessivement ténue de tissu conjonctif renfermant quelques vaisseaux sanguins.

Ne serait-ce pas aux dépens de ces petits kystes, remplis d'un liquide obtenu par la filtration de l'albumine du sang, que se produiraient en partie les liquides contenus dans les kystes uniloculaires?

Nous avons vu plusieurs fois de ces petits kystes arrivés à la grosseur d'une noix, rompus sans que leur rupture pût être mise sur le compte de l'opération. Dans un autre cas, la surface interne du kyste uniloculaire était tapissée par des brides ramifiées, qui s'étendaient d'un pôle à l'autre de la tumeur, et cela en tous sens. Ces brides rappelaient assez bien la disposition de celles qui soutiennent les valvules du cœur, et, comme elles, pouvaient être divisées en un certain nombre de groupes. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de l'apparence macroscospique, car ces brides, fortement

colorées par le pigment sanguin (le contenu du kyste était séro-hémorrhagique), n'avaient pas de revêtement épithélial, et se composaient de tissu conjonctif distendu, fortement infiltré et rappelant, par places, la disposition du tissu conjonctif du mésentère.

Il existe tout une série de kystes de l'ovaire, remarquables par la disposition aréolaire de leurs cavités et par leur contenu plus ou moins visqueux.

Ces tumeurs sont généralement volumineuses; chaque poche présente une enveloppe de tissu conjonctif, et tous les kystes sont ainsi contenus dans une enveloppe commune.

La paroi interne est le siége de productions papilliformes variées, et son revêtement épithélial est formé par des cellules cylindriques, qui, à une certaine période, deviennent vésiculeuses, caliciformes, se creusent de cavités, sécrètent ou contiennent du mucus et tombent dans la poche kystique. On a signalé dans ces kystes des cellules à cils vibratiles ; ce fait nous semble avoir besoin de démonstration. Dans une tumeur de la nature de celle dont nous parlons, nous avons trouvé de petits kystes faisant saillie dans la cavité du plus grand, mais le liquide contenu dans ces kystes était bien différent au point de vue des réactions du liquide contenu dans les poches signalées sur la face interne des kystes uniloculaires.

M. André n'a pu encore constater, dans ses nombreuses recherches histologiques, la formation du kyste telle que la donnent Reindfleisch (kystes par

ramollissement) et M. Malassez, bien que l'épithéliama myxoïde décrit par eet auteur, dans le testieule, soit incontestable. Il est vrai de dire enfin que l'opinion de Wilson Fox sur la soudure des prolongements papillaires soutient difficilement un examen sérieux, et qu'elle a été vraiment cherchée par plusieurs micrographes. Au reste, de nouvelles recherches sur les tumeurs de l'ovaire sont encore néeessaires pour bien fixer la pathologie de cet organe.

« Pour le moment, il semble utile de rappeler l'opinion de Virchow et de Waldeyer sur les kystes multiloculaires, lesquels seraient produits par des modifications survenues dans les tubes décrits par Pflüger. Ce n'est pas là seulement « une vue ingénieuse, » mais une opinion d'une réelle valeur. De plus en plus, en effet, l'histologie pathologique tend à prendre pour base les phénomènes de développement des éléments des tissus et des organes, et, de cette manière, se trouve amoindrie, de plus en plus aussi, la néeessité des classifieations basées sur un ensemble de signes extérieurs.

C'est ainsi que la troisième variété des kystes de l'ovaire, les dermoïdes, peut aujourd'hui se dégager de toutes les hypothèses d'inclusion fœtale et autres, pour trouver son explieation rationnelle, dans des troubles qui se produisent au début des formations embryonnaires primitives. Incontestablement la preuve première est diffieile à faire, mais, à tout prendre, si l'hypothèse que nous allons émettre n'est encore qu'une base provisoire,

elle aura du moins pour elle d'être absolument rationnelle et d'expliquer la formation des kystes embryonnaires en donnant la raison de leur fréquence dans certains organes et jamais dans les autres.

Pour rendre justice à qui de droit, nous devons au reste, reconnaître que l'opinion dont nous parlons a déjà été émise plusieurs et notamment par un de nos maîtres, M. G. Pouchet, dans ses excellentes leçons de 1876.

Admettant l'opinion de MM, Hiss et Waldeyer sur la provenance du corps de Wolff qui, avons-nous vu, se forme par une invagination du cœlome, et, faisant intervenir à propos la question *d'hérédité* et celle de *cordiiion antérieur*, M. Pouchet se demande si une seule cellule ne pourrait représenter dans un milieu quelconque « un organe entier à venir avec toutes ses particularités héréditaires? »

Qu'une seule cellule joue un rôle aussi complexe cela nous paraît peut-être exagéré; et cette opinion, si elle tient compte des poils et des dents, ne peut expliquer pourquoi ces dents se trouvent dans des alvéoles, alvéoles qui contiennent même des dents de première et de seconde dentition. La théorie n'en subsiste pas moins, et notre remarque a pour but, étant acceptée l'idée première, d'en élargir seulement le cadre.

Au début des premières phases embryogéniques, ne savons-nous pas que les organes les plus éloignés et les plus dissemblables sont accolés, pour

ainsi dire, et que les cellules primitives, pressées dans les même feuillets, donneront naissance aux organes les plus divers. La substance grise cérébrale ne naît-elle pas, en effet, du même feuillet que les poils, les ongles, la peau, le cristallin ?

Il faut donc admettre qu'en vertu des lois héréditaires du développement continu, un certain nombre de cellules primitives ont la puissance de servir à former tel ou tel système (pileux, dentaire), qui, par suite, se produira à des moments précis et bien délimités de l'existence des êtres. Ces cellules primitives, ou les groupes de cellules nécessaires à ce développement, doivent même parfois séjourner dans l'organisme, avant de voir se réveiller les propriétés dont elles sont douées. Elles existent avec leur puissance latente, et il n'est pas besoin de rappeler, à ce propos, que les poils ne se développent pas tous dès la naissance.

Cette loi des cellules primitives, ayant la puissance de concourir au développement plus ou moins tardif de certain organes ou système, bien posée, pourquoi ne pas admettre qu'un certain groupe de cellules peuvent être ainsi entraînées par le corps de Wolff, se trouver renfermées dans l'ovaire, le testicule, les reins qui naissent de ce corps, et rester dans l'organe, à l'état latent, mais prêtes, quand l'heure de leur développement est venue, à donner naissance à des produits d'autant plus complexes que les groupes de cellules emportées seront plus considérables.

Cette hypothèse n'est-elle pas plus plausible que

celle des propriétés génératrices des ovaires et du testicule (Reindfleisch), surtout quand on se rappelle que les kystes dermoïdes ont été trouvés dans la cornée, dans le poumon, à l'extrémité du sourcil, etc.

Enfin n'a-t-elle pas l'avantage de donner à penser qu'un ovule si délicat peut être sujet à des altérations ou à des aberrations de développement qui, si elles étaient toutes étudiées, pourraient conduire à une classification qui embrasserait les cas tératologiques les plus complexes siégeant sur le produit tout entier, et les cas tératologiques, moins accentués, siégeant sur un organe en particulier, et nécessitant, comme dans les dermoïdes de l'ovaire et autres, une intervention chirurgicale ?

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE III.

HISTORIQUE.

Avant d'entrer de plein pied dans l'étude des kystes dermoïdes qui font principalement l'objet de notre mémoire, nous croyons devoir brièvement rappeler les opinions si diverses et parfois si bizarres qui ont été émises, à diverses époques, par des esprits éminents, et qui, dans la pensée de leurs auteurs, donnaient une explication satisfaisante de la cause intime de ces productions kystiques.

Les kystes dermoïdes ont été probablement connus des auteurs anciens, car Galien (1) parle de tumeurs de l'abdomen contenant des parties semblables à des poils, des os, des ongles, des pierres. On avait rencontré dans quelques cas, disait-il, de la boue, de l'huile, de la lie de vin.

Celse (2) connaissait aussi ces sortes de tumeurs

(1) Opera Galeni, lib. 14, cap. 12, p. 985.
(2) Trad. de Fouquier et Rolier, liv. VI: Sec. VII, p. 339.

et Aétius les signale également, mais sans chercher à s'expliquer leur mode de formation.

Jusqu'au XVIe siècle, on voit régner les erreurs les plus grossières, les préjugés les plus absurdes. La superstition, l'amour du merveilleux et du surnaturel donnent naissance à des explications dignes d'une telle origine.

Pendant tout le XVIIe siècle et les premières années du XVIIIe, on voit les savants, dominés par ces croyances erronées, restes des superstitions du moyen âge, se livrer à des recherches plus curieuses qu'utiles et faire plutôt appel à leur ardente imagination qu'à l'observation lente et raisonnée des faits. Mais bientôt ces préjugés d'une époque antérieure vont disparaître devant cet esprit d'examen et de critique qui va enfin débarrasser la science d'une foule d'erreurs, et poser les bases de la méthode expérimentale, laquelle nous initie peu à peu à la connaissance des lois qui régissent le monde vivant et inorganique.

Ambroise Paré (1) qui n'avait pu se débarrasser de toutes les erreurs de son temps, est, croyons-nous, le premier qui se préoccupe du mode de formation de ces tumeurs et l'attribue aux démons qui, selon lui, peuvent » en beaucoup de manières et façons tromper notre terrienne lourdesse, à raison de la subtilité de leur essence et malice de leur volonté. »

« Ils ont, dit-il, un incomparable artifice, car ils

(1) Œuvres, Trad. Malgaigne, t. III, p. 57.

se transmuent en mille façons et entassent au corps des personnes vivantes, mille choses étranges, comme vieux panneaux, des os, des ferrements, des clous, des épines, du fil, des cheveux entortillés, des morceaux de bois, des serpents et autres choses monstrueuses, lesquelles ils font souventes fois sortir par le conduit de la matrice des femmes : ce qui se fait après avoir ébloui et altéré notre imagination, comme nous avons dit. »

Il donne même l'explication de ce fait qu'on peut le rencontrer dans les deux sexes : « D'aucuns sont incubes et succubes. Incubes, ce sont des démons qui se transforment en guise d'hommes et ont copulation avec les femmes sorcières ; succubes, ce sont des démons qui se transmuent en guise de femmes. »

Hoocke (1) (1680), dans ses « Lectures et collections, » n° 11, nous fait voir que : « Quelques auteurs ont regardé les cheveux, les poils, les dents et les plumes comme des plantes animales, et Tyson pense que la formation des dents et des cheveux dans les ovaires est un jeu de la nature qui, s'occupant à produire, enfante une plante quand elle ne réussit pas à faire un animal !

Schacher (2), professeur à l'université de Leipsick, passant en revue les opinions émises jusqu'à lui, et les soumettant à une critique sévère, combat une partie des erreurs dans lesquelles étaient

(1) Collect. Acad., partie étrangère, t. 2, p. 522, année 1678.

(2) Schacher. De ovarii tumore piloso Programma. Lipsiæ, 1735.

tombés ceux qui attribuaient « ces productions anormales à des rapports sexuels avec le diable, ou à une punition infligée aux hommes à cause de leur malice, ou enfin à une espèce de sortilége. »

Buffon (1) admet que « la liqueur séminale de chaque individu (mâle ou femelle) ne peut pas produire tout seul un animal, un fœtus, mais qu'elle peut produire des masses organisées ;..... alors on pourra dire que toutes ces productions osseuses, charnues, chevelues, trouvées dans les testicules des femelles et le scrotum des mâles, peuvent tirer leur origine de la seule liqueur de l'individu dans lequel elles se trouvent. »

Nous ne ferons que signaler l'opinion de Cheston-Browne (2) et de Sœmmering qui, voyant qu'il était fort difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante la production des dents et des poils au milieu de l'organisme, trouvent plus simple d'admettre que ces produits sont ainsi introduits dans le corps par le tube intestinal, et cheminent ensuite à travers les tissus !

Nous n'avons voulu faire ici qu'un exposé très-succint des principales opinions anciennes émises sur l'origine des kystes dermoïdes, et nous les avons rapportées plutôt dans un simple but de curiosité. Elles ne reposent sur aucun fondement sérieux, et nous jugeons complètement inutile de nous y arrêter plus longtemps.

(1) Buffon. Hist. nat., 1785, t. IV, p. 44.
(2) Cheston-Browne. Pathol. inquiries, p. 47.

Il nous reste désormais à passer en revue deux autres théories, en apparence plus fondées, et qui ont longtemps régné dans la science, grâce aux hommes éminents qui s'en sont fait les défenseurs convaincus; nous voulons parler de la grossesse extra-utérine et de l'inclusion.

Nous dirons enfin quelques mots de l'hétérotopie proposée par Lebert, mais qui est plutôt la constatation du fait que l'explication de ce problème si important de tératogénie.

1° *Grossesse extra-utérine.* — Nous avons vu précédemment qu'il faut arriver au XVI[e] siècle, à Ambroise Paré, pour trouver signalé le mode de formation de ces productions accidentelles.

Coley (1675) (1) pense que ces masses dermoïdes se developpent à la suite de l'acte copulatif, mais qu'elles sont le produit d'une génération plus incomplète, ou seulement le résultat d'un effort avorté pour leur donner naissance.

Haller (2) considère ces produits comme les restes de fœtus détruits par la putréfaction, mais engendrés par une fécondation antérieure; Astruc (2) se montre aussi partisan de la grossesse extra-utérine, et Meckel (4), tout en donnant une adhésion complète à la manière de voir de Coley, se demande si dans le cas de virginité du sujet, cette formation

(1) Morb. anatomy, p. 266.
(2) Trad. de la Physiol. de Haller, 1774. p. 408, t. I.
(3) Maladies des femmes, 1761, t. IV, p. 34.
(4) Meckel. Journ. complem. du Dict. des sciences méd. t. IV, p. 122 et 217.

accidentelle ne doit pas être attribuée à un « excitement contre nature des organes génitaux, » et finit par admettre une *Lucina sine concubitu*.

I. Geoffroy-Saint-Hilaire (1), dans son immortel *Traité des anomalies de l'organisme*, s'élève avec force contre l'idée de la destruction d'un fœtus qui ne peut fournir une explication générale des productions amorphes des ovaires, et, parmi les diverses explications que possède déjà la science, il préfère l'idée présentée avec beaucoup de restriction par Meekel, et précédemment par Buffon et Coley, à savoir que ces tumeurs sont le résultat d'une génération plus incomplète, soit d'une union sexuelle, soit même d'une exeitation isolée et eontre nature de l'appareil générateur. Il admet comme démontré « que les masses amorphes des ovaires, aussi bien que celles de l'utérus sont, pour beaueoup de cas, non les débris de fœtus normaux ou de parties surnuméraires, mais de véritables embryons distinets, bien qu'incomplets au plus haut degré ; des êtres ayant leur existenee propre et individuelle, bien que réduits par un arrêt presque général de formation à quelques parties seulement... La produetion d'une de ees masses est donc une véritable grossesse extra-utérine anomale par ses eireonstanees insolites, comme par son produit. »

Cruveilhier (2) croit que la eoneeption extra-uté-

(1) G. Saint-Hilaire. Traité des anomalies de l'organisme. 1832, p. 539 et 562.

(2) Traité d'anat. pathol. générale, t. I, 1849.

rine, dans l'immense majorité des cas, et l'inclusion parasitaire dans quelques cas, répondent pleinement à tous les faits, et que l'identité de la lésion n'exclurait pas ce double mode d'origine, car ce qui importe essentiellement, c'est la présence *d'un germe fécondé.*

Sédillot (1), dans sa thèse de concours, se prononce pour la grossesse ovarique. Cazeaux (2) y trouve la réponse à toutes les exigences du problème étiologique qu'il cherche à résoudre : « Quand on considère, dit cet auteur, ce qui se passe dans les grossesses extra-utérines non douteuses, lorsqu'elles ne se terminent pas par la rupture du kyste, quand on se rappelle cette fonte putrilagineuse que subissent assez souvent les parties molles du fœtus, on comprend ce qui doit se passer dans les grossesses ovariennes, où la mort du fœtus survient à une époque assez peu avancée. »

Maisonneuve (3) s'exprime ainsi sur l'origine de ces hystes dermoïdes : « Parmi les kystes hydropiques de l'ovaire, il en est quelques-uns dans lesquels on a trouvé des dents, des poils, des débris de squelette. Évidemment, ces débris sont les restes déformés d'une grossesse extra-utérine, mais leur présence est tellement marquée par la maladie principale, l'hydropsie, que dans les opérations qui leur sont applicables, cette particularité s'efface à peu près complètement. »

(1) Thèse de Concours. Paris, 1841, p. 18.
(2) Cazeaux. Thèse d'agrégation, 1844, p. 42.
(3) Thèse de Concours, 1850, p. 143.

Enfin Grisolle (1), dans son *Traité de pathologie interne*, pense avec Velpeau que ces produits appartiennent à des débris de fœtus, qu'il y a eu grossesse ovarique, et que le fœtus, ayant succombé à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, a été presque entièrement dissous, tandis que quelques-unes de ses parties ont résisté à la destruction, et que même elles ont continué de s'accroître.

Cette théorie de la grossesse extra-utérine, qui a été proposée par un certain nombre d'auteurs pour expliquer la formation des kystes dermoïdes observés sur les ovaires de la femme, cette théorie ne s'appuie sur aucune base bien sérieuse, et disparaît bientôt devant les nombreuses et importantes objections qui peuvent lui être adressées. Ces mêmes auteurs rapprochant les kystes dermoïdes de l'ovaire des grossesses extra-utérines enkystées, ont confondu, bien à tort, ces deux sortes de produits ; en leur attribuant une même cause, ils n'ont pas tenu assez compte des caractères si tranchés qui les séparent.

Des kystes dermoïdes, en effet, ont été observés chez des filles vierges, à un âge où la conception était impossible, et chez lesquelles aucun rapport sexuel n'avait existé. D'après un relevé de M. Pigné, sur quarante-neuf cas de kystes pileux de l'ovaire, cinq appartenaient à des jeunes filles vierges, au-dessous de 12 ans, et dont la membrane

(1) Grisolle. Pathol. interne, 1869, p. 440.

hymen était intacte ; six à des jeunes filles âgées de 6 mois à 2 ans ; quatre ont été découverts chez des fœtus femelles arrivées à terme et n'ayant pas respiré ; deux autres, enfin, chez des fœtus femelles, produits d'un avortement avant le huitième mois. Les kystes fœtaux, au contraire, succèdent toujours à des grossesses extra-utérines qui ne peuvent avoir lieu que chez les femmes pubères.

Il est encore plusieurs arguments d'un grand poids qui s'opposent à cette assimilation absolue des kystes dermoïdes avec les kystes fœtaux.

Les os, les poils, les dents, la peau sont souvent enchâssés dans les parois de la poche kystique. Or, est-ce qu'on a jamais vu un fœtus contracter des adhérences avec les menbranes qui l'enveloppent ? Il ne pourrait, tout au plus, y avoir qu'une simple agglutination.

Très-exceptionnellement on a pu reconnaître un os et le raprocher ainsi de son type normal. Si maintes fois on a signalé l'existence d'un maxillaire, n'est-ce pas plutôt parce qu'on a vu qu'il donnait implantation à plusieurs dents. D'ailleurs, si ces débris osseux provenaient d'un fœtus, ils devraient avoir la forme, le volume qu'ils présentaient lorsque le fœtus a péri ; et nous verrons plus loin que des dents irrégulières, de volume anormal, en nombre supérieur à celui qu'on observe chez un adulte, que des poils très-longs et de couleur variée ont été trouvés dans ces sortes de kystes dont les uns renferment seulement des dents,

les autres des dents et des poils, sans os ; d'autres, enfin, seulement des poils ou de la graisse.

Enfin, la présence de la couche épidermique, sur la face interne du kyste, ne permet pas un seul instant d'attendre que cette partie de peau ait pu appartenir à un fœtus. Si elle était le résultat d'une fusion de la peau qui recouvre le fœtus avec la membrane d'enveloppe, la couche épidermique devrait être dirigée vers l'extérieur.

Les partisans de la grossesse extra-utérine, pour expliquer l'absence presque complète de toutes les parties fœtales, ont prétendu qu'à une certaine époque ces différentes parties subissaient une sorte de décomposition, de fonte putrilagineuse qui s'opposaient plus tard à leur reconnaissance. Les parties molles subissaient la transformation en gras de cadavre, et les pièces déformées que l'on rencontrait dans ces cavités kystiques avaient seules échappé au phénomène de la décomposition.

Dans la grossesse extra-utérine, les choses ne se passent pas de la sorte. Si la femme échappe à la rupture du kyste, à la péritonite, à la suppuration à l'infection putride, la tumeur fœtale peut se transformer en kyste, mais le produit de la conception subit, le plus souvent, une manifestation complète, et s'il se décompose en gras de cadavre, les os résistent toujours à cette action décomposante, et Cruveilhier rapporte lui-même un fait de ce genre où l'on retrouve, après vingt ans, le fœtus en parfait état d'intégrité. De plus, les débris de squelette

sont libres dans la cavité kystique, et ne contractent jamais la moindre adhésion organique

Il resterait encore à expliquer cette sorte d'immunité dont jouissent certaines parties, non-seulement de résister à toute action de décomposition, mais encore de se développer, de proliférer, à tel point qu'on y a trouvé un nombre si considérable de dents, qu'il faudrait nécessairement admettre l'existence de plusieurs fœtus réunis dans un seul. Ajoutons aussi qu'il a toujours été possible de reconnaître les enveloppes membraneuses du fœtus, chaque fois qu'il s'est agi d'un kyste fœtal.

Enfin il est un argument irréfutable, et d'une valeur absolue, « c'est, dit M. le professeur Broca (1), que des kystes identiquement pareils, quant à leur paroi et quant à leur contenu, ont été observées à *tous les âges, dans presque toutes les parties du corps et dans les deux sexes.*»

2° *Inclusion.* — Certains esprits, frappés de ces objections si graves qui pouvaient être faites à l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine antérieure, ont alors supposé que ces kystes dermoïdes étaient dus à une cause tout autre ; et cette cause ils l'ont attribuée à l'inclusion fœtale, c'est-à-dire à la fusion intime de deux germes en un seul. Nous allons voir que cette théorie ne repose pas sur un terrain plus solide que la précédente, et que les objections qu'elle soulève, pour être inspirées par le raison-

(1) Traité des tumeurs. Paris, 1869, p. 129.

nement, n'en ont pas pour cela moins de force. Tumiati (1), dans ses opuscules choisis, parlant d'une masse de cheveux trouvés dans l'utérus d'une femme, explique sa présence en disant que ces parties accidentelles sont produites par le même acte fécondateur qui a donné la vie au corps qui les renferme.

Otto (2), Hermann Schützer (3), attribuent au sperme assez d'activité, non-seulement pour féconder l'ovule arrivé à maturité, mais pour communiquer au produit de la fécondation la faculté d'engendrer à son tour.

I. Geoffroy Saint-Hilaire (4) partage l'idée de Tumiati, qu'il considère comme « la plus rationnelle, et sans nul doute vraie pour un certain nombre de cas, mais ne pouvant être admise d'une manière générale. On a vu, en effet, que des symptômes de grossesse avaient signalé d'une manière très-précise, chez plusieurs personnes, l'époque de la formation des tumeurs ovariennes. » Il classe ces faits dans la famille des *monstres unitaires parasites*, aussi bien que ceux de l'inclusion sous-cutanée ou testiculaire.

Velpeau (5), comprenant que tous les faits ne pouvaient être regardés comme les produits d'une *grossesse normale*, tout en accordant une large part

(1) Tumiati opuscules choisies, p. 17.
(2) Thèse de Paris, 1823, p. 58.
(3) Collec. Acad. étrang. Paris, ob. XI, p. 33.
(4) G. Saint-Hilaire. Loc. cit., p. 312, t. III.
(5) Velpeau. Dict, de méd. t. XXII, p. 581.

à l'inclusion, divise ces tumeurs en trois catégories. Dans la première, il fait rentrer les cas qui paraissent pouvoir être attribués au même acte formateur qui a donné naissance à l'organisme qui les renferme.

Dans la seconde, il classe ceux qui, avec de la graisse, des poils, des dents, renferment des débris d'un organisme régulier dans le principe, et qui sont toujours dus à une fécondation complète ou incomplète.

Dans la troisième catégorie, il fait enfin rentrer les tumeurs qui ne contiennent que des poils, de la graisse et des dents, ou un seul de ces produits dus à la formation d'un sac ayant acquis une *forme organisée*, celle de la peau.

M. Pigné, dans son travail sur les kystes, est d'avis qu'ils reconnaissent pour cause l'inclusion.

Selon M. Verneuil une explication unique ne peut convenir à tous ces faits, caractérisés par la présence de débris organiques dans une poche kystique. Les uns appartiennent à l'inclusion, les autres à la grossesse ; un certain nombre lui semblent encore devoir être rapportés à une anomalie dans la réunion et la fusion de quelques parties du tégument primitivement séparées par des fissures (kystes de la région orbitaire). Dans la monstruosité par inclusion il fait rentrer les cas d'inclu-

(1) Pigné. Bull. de la Soc. anat.. 1845, p. 194.

(2) Verneuil. Inclusion scrotale et testiculaire. Arch. génér. de méd. 1855, t. VI, p. 302.

sion sacrée, périnéale, scrotale, et *quelques faits appartenant à l'ovaire.*

Enfin, le même auteur « admet volontiers, sans que le fait lui soit péremptoirement démontré, que l'hétérotopie plastique peut avoir un rôle et sa part dans la formation de certaines tumeurs piligraisseuses et pilidentaires; c'est surtout pour les kystes dermoïdes profonds que l'on peut, *faute de mieux*, accepter cette hypothèse. »

M. Broca, dans son remarquable Traité des tumeurs, a victorieusement réfuté cette hypothèse de l'inclusion, qui fait immédiatement naître dans l'esprit des objections d'une très-haute importance; et, en exposant brièvement les nombreux et saisissants arguments qu'il a élevés contre cette manière d'envisager les kystes dermoïdes, nous ne pourrons certes qu'en affaiblir la portée.

Pour que la pénétration d'un germe dans un autre ait lieu, il faut nécessairement que l'un soit plus volumineux que l'autre. Or, si l'on se range à l'idée de l'inclusion, on voit qu'il s'agit de deux germes jumeaux, et par conséquent, à très-peu de chose près, égaux en volume. En admettant même que l'un deux se trouve retardé dans son évolution, comment expliquera-t-on que, plus mou, plus petit et moins résistant, il ait pu pénétrer dans le plus grand, dont la consistance est nécessairement supérieure à la sienne.

Plusieurs observateurs ont rapporté des cas où le nombre des dents trouvées était considérable, et s'élevait même au delà de 300. Or, si on conçoit

qu'un germe inclus et gêné puisse avorter dans la pluplart de ses organes, on ne conçoit plus que cet obstacle puisse avoir pour conséquence un développement de 300 dents au lieu de 20 pour la première dentition, ou de 52 si l'on veut réunir les deux dentitions.

Mais cette nécessité de la pénétration d'un ovule dans un autre est grosse de conséquences désastreuses pour les deux embryons. Quand on songe, en effet, que certaines monstruosités très-étendues ont pour point de départ un accident local et extrêmement restreint, peut-on un seul instant admettre que le germe inclus, si petit qu'il soit, puisse pénétrer dans un second sans causer des dégâts énormes, un bouleversement considérable et une perturbation profonde dans le développement de tous les organes de l'embryon. Or, qu'observe-t-on dans l'extrême majorité des cas? Une organisation régulière, et pas le moindre trouble dans la forme et les organes de l'individu porteur du parasite. Les études de MM. Valentin (1), Lereboullet (2) et Broca (3), sur la formation embryogénique des monstres doubles, qui sont le résultat non de la fusion de deux germes primitivement distincts, mais de la segmentation d'un germe unique, ont porté un coup fatal à cette théorie de l'inclusion, puisque le moindre déplacement des cellules du blastoderme

(1) Valentin. Mém. de la Soc. de biologie, 1852, t. IV, p. 99.
(2) Lareboullet. Ann. des sc. nat. 1863, t. XX, p. 177.
(3) Broca. Mém. sur l'incubation des œufs à deux jaunes. (Bull. de la Soc. anat., 1850. T. XXV et XXVI.

ou de la tache embryonnaire peut avoir pour l'avenir des conséquences incalculables. Les recherches de ces savants observateurs ont, suivant nous, parfaitement établi que « la diplogénèse est la conséquence d'un trouble survenu dans la première période de formation de l'embryon, d'une distribution irrégulière ou plutôt anormale des cellules » (Broca) (1). D'autre part, les travaux de Verneuil sur le mode de formation des kystes dermoïdes du sourcil, et tout récemment ceux de Hiss sur la formation du corps de Wolf, et enfin les recherches de Robin (2) sur le phénomène de l'introrsion ont achevé la ruine de cette théorie, plus ingénieuse que réelle.

3° *Hétérotopie.*— Devant l'impossibilité où l'on se trouvait d'attribuer l'origine de ces kystes dermoïdes à une grossesse extra-utérine ou à une inclusion, Lebert (3), dans un long et intéressant mémoire lu à la Société de biologie en 1852, essaya de démontrer que ces kystes étaient dus à une hétérotopie plastique, et formula ainsi la loi de leur développement tératologique : *Beaucoup de tissus simples ou composés, et des organes plus complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre pas.*

Lebert croyait avoir de la sorte expliqué la for-

(1) Broca. Traité des tumeurs, p. 136.
(2) Robin. Anatomie et physiologie cellulaire, 1873, p. 596.
(3) Lebert. Mém. de la la Soc.Biol. 1852, p. 202.

mation de ces tumeurs dont le mode de production, restait toujours enveloppé d'épaisses ténèbres, mais ainsi que l'a fait remarquer M. Courty (1), « l'hétérotopie n'explique rien ; elle ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même. »

Cette loi de Lebert, en effet, nous laisse certainement ignorer la cause intime qui préside au développement des kystes dermoïdes ; son seul mérite est d'exprimer un fait qui ne saurait être contesté, et c'est à ce titre que nous devons conserver le mot d'hétérotopie, qui donne une image assez nette de l'acte physiologique que l'on envisage.

Nélaton (2) a fait encore observer que cette théorie n'est pas en rapport avec ce qui s'observe généralement, car c'est chez les fœtus qu'on rencontre le plus fréquemment ces sortes de tumeurs, à un âge par conséquent où il est excessivement rare de voir se développer des produits hétérotopiques.

L'hétérotopie comporte aussi de bien nombreuses restrictions, puisque cette production spontanée, de toutes pièces, dans une région où on ne la rencontre pas habituellement, devient ainsi la propriété exclusive de certains tissus simples et composés, et parfois d'organes plus complexes.

Lebert (3) a rencontré deux fois les éléments des muscles de la vie organique et les fibro-cellules dans des productions où il y avait également l'hé-

(1) Courty, Maladies de l'utérus, 1872, p. 1064.
(2) Nélaton. Leçon sur les kystes dermoïdes. Gaz. des Hôp., 1867 p. 294.
(3) Mémoire cité.

térotopie la plus manifeste. Une fois, c'était au milieu d'un cancer de la plèvre; l'autre fois, dans un cancroïde papillaire des sinus maxillaires.

Ces preuves de l'hétérotopie spontanée, que Lebert a cru devoir citer à l'appui de sa théorie, sont des faits dont l'existence n'est mise en doute par personne, et qui reconnaissent un état pathologique parfaitement saisissable. Mais cette hétérotopie ne porte ordinairement que sur un seul élément anatomique, un seul tissu, tandis que les hétérotopies de l'ovaire, du testicule renferment plusieurs éléments, plusieurs tissus.

Enfin, comment admettre sur place la formation d'un produit aussi complexe que la peau, et quelle raison donner de la fréquence de ces kystes dans l'ovaire chez la femme, le testicule chez l'homme et le rein dans les deux sexes. Ce sont autant de questions qui restent insolubles dans l'hypothèse de l'hétérotopie plastique, et dont nous croyons avoir donné la solution rationnelle, sinon la vraie, dans la première partie de notre travail à laquelle nous renvoyons le lecteur.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siége. — L'ovaire est de tous les organes de la femme celui qui est le plus fréquemment le siége

de kystes dermoïdes, puisque sur 188 cas de tumeurs de cette nature réunis par Lebert, 129 ont eu leur point de départ dans l'un des deux ovaires, qui ne sont cependant pas indifféremment le siége de ces productions kystiques. Il résulte, en effet, de la même statistique que l'ovaire droit est deux fois plus atteint que l'ovaire gauche. Sur 64 cas de kystes dermoïdes, où le siége a pu être nettement précisé, Lebert en a trouvé 39 pour l'ovaire droit, 19 pour l'ovaire gauche, et 6 pour les deux ovaires.

La comparaison des 17 observations que nous rapportons dans le cours de notre travail, et dans lesquelles on a noté avec soin le siége de la tumeur, donnerait un léger avantage en faveur de l'ovaire gauche, qui a été 11 fois le siége de la tumeur. Mais ce résultat ne peut infirmer la statistique de Lebert, car le nombre des faits observés n'est pas assez considérable.

Nous n'avons rencontré qu'un seul cas (obs. 14) où les deux ovaires étaient simultanément le siége d'une tumeur de nature dermoïde.

D'ailleurs la fréquence du siége des kystes dermoïdes dans l'ovaire droit, a été aussi indiquée pour toutes les autres tumeurs ovariennes, sans qu'on ait pu donner de ce fait une explication satisfaisante.

Forme. — La forme de ces kystes n'offre rien de spécial à considérer. A la période de début, la tumeur est arrondie, ovoïde ou très-rarement bosselée. Mais lorsque, par son développement, celle-ci

est devenue volumineuse, elle peut présenter des dépressions, des bosselures, des altérations de forme dues aux adhérences qu'elle contracte avec les organes voisins, ou aux obstacles qui résultent de l'apparition dans sa paroi de plaques osseuses dont l'accroissement est bien moins rapide que celui des parties molles environnantes. La forme en est surtout très-irrégulière si, à la production dermoïde, sont venus se joindre, ainsi que cela a lieu assez souvent, un ou plusieurs kystes séreux.

Volume. — Le volume est aussi très-variable. Beaucoup de ces tumeurs conservent pendant un temps assez long, quelques-unes pendant toute la vie, un petit volume, ou bien encore se développent très-lentement; elles peuvent alors n'être reconnues qu'à l'autopsie. D'autres, au contraire, grossissent rapidement, s'élèvent bientôt au-dessus du détroit supérieur, déplacent plus ou moins les organes qui sont contenus dans le grand et petit bassin, et font saillie en avant de la paroi abdominale. Chez la jeune fille qui fait le sujet de notre première observation, la ponction donna issue à 20 litres de liquide; après l'opération, la masse solide pesait 5,500 grammes. On peut se faire par là une idée du développement parfois énorme que présentent certaines de ces tumeurs kystiques.

Structure. — La structure de la poche qui forme le kyste mérite de fixer tout spécialement l'atten-

tion par les singularités qu'elle présente, et par les productions variées de sa paroi.

Cette membrane n'est pas toujours identique sur les différents points de sa surface; elle est lisse, fibreuse, ou bien inégale, dense, épaisse ; c'est à peine si parfois on trouve quelques vestiges de la peau. Son aspect, et c'est là un caractère qui a frappé notre attention, car nous ne l'avons trouvé signalé nulle part, est le plus souvent blanchâtre, fibreux, comme suifeux. Sur les 8 opérations de gastrotomie faites par M. Péan, nous avons assisté à 7 d'entre elles, et nous avons noté 3 fois cette coloration. Dans l'observation de M. Th. Anger, le kyste présentait un aspect analogue.

Dans les autres cas, la surface du kyste était semblable à celle des kystes séreux ovariques.

L'épaisseur de la paroi varie entre 1 ou 2 millimètres et 5 ou 6 millimètres ; elle n'est pas toujours la même sur les divers points de son étendue, et sa consistance friable ou résistante varie suivant les points où on la considère.

L'enveloppe de la tumeur est assez souvent formée de deux parties, l'une externe fibro-cellulaire, renfermant un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux, et séparée quelquefois de la partie interne par une faible couche de tissu adipeux, disposition qui augmente son analogie avec la peau.

La membrane interne qui, dans certains cas, tapisse tout l'intérieur de la cavité kystique, ou n'en revêt que certains points, est de nature dermoïde,

c'est-à-dire qu'on y retrouve dans un ordre plus ou moins régulier les divers éléments du tégument externe.

La nature dermoïde de cette membrane peut n'être pas très-reconnaissable à la vue, surtout si elle a été tiraillée, distendue par son contenu, si elle est très-ancienne, et si les parois sont devenues presque totalement fibreuses ou si elles se sont laissé envahir par des productions calcaires.

Cependant, nous nous demandons avec Cruveilhier si, même dans ces cas, on n'est pas en droit de conclure que le tissu cutané a toujours existé, et s'il n'a pas été transformé en tissu fibreux par suite du développement progressif de la tumeur.

Les recherches microscopiques de MM. Cruveilhier, Robin, Lebert, Reindfleich, Malassez, Legros, etc., ont établi d'une manière définitive la constitution anatomique de cette membrane d'enveloppe, et sa ressemblance si frappante avec la peau.

On trouve, en effet, sur la surface interne de la paroi une couche de cellules épidermiques superficielles, polygonales, aplaties, recouvrant une couche plus profonde de jeunes cellules d'épithélium pavimenteux et enfin cylindroïde. Au-dessous est le derme, dont la surface est hérissée de mamelons coniques ou filiformes qui ne sont autres que les papilles du derme. Au-dessous de cette couche papillaire, méconnaissable le plus souvent, on trouve une couche de tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses, quelquefois très-dévelop-

pés. Reindfleish (1) a parfaitement reconnu ces papilles, mais il a fait observer que leur disposition était loin d'être aussi régulière que dans le derme cutané.

Ce tissu cutané est parsemé de poils avec leurs follicules ; il renferme des glandes sébacées en nombre parfois très-considérable, dont le conduit excréteur manque le plus souvent et peut-être toujours. Il s'en suit que les cellules qui composent ces glandes, après avoir sécrété pendant un certain temps, s'hypertrophient et donnent lieu à des masses plus ou moins caséeuses. En fin de compte, leurs éléments ne tardent pas à subir des dégénérescences colloïdes et graisseuses, et la masse tout entière de la glande se trouve constituée par des détritus organiques formés des produits de sécrétion des glandes elles-mêmes altérées et de leur épithélium dégénéré.

Les glandes sudoripares, bien que plus rares, ont été cependant observées et reconnues à diverses reprises.

Kohlrausch (2), le premier, a signalé des glandes sudoripares de 1 millimètre dans un kyste pili-graisseux de l'ovaire. Elles existaient manifestement dans l'épaisseur de la poche kystique (obs. XIV), dont M. Malassez avait à faire l'examen histologique, et M. André signale aussi ces mêmes glandes rudimentaires dans l'analyse de la tumeur que nous donnons plus loin (obs. I).

(1) Reindfleish. Hist. pathol., 1873. Trad. Gross.
(2) Koellinger. Histol. hum. Trad. Béclard et Sée, 1856, p. 179.

Il n'est pas très-rare de rencontrer, en différents endroits de cette paroi, des plaques calcaires, ossiformes, irrégulières et d'étendue très-variable ; nous verrons bientôt que des masses osseuses irrégulièrement disséminées et un certain nombre de dents y adhèrent d'une manière très-intime.

Contenu. — Assez rarement le kyste est uniloculaire ; il est, le plus habituellement, formé d'un certain nombre de kystes secondaires situés à la périphérie ou rassemblés sur un point de sa surface interne, et la coloration et la consistance du liquide que contiennent ces poches sont des plus variées.

Tantôt le liquide est clair, transparent, citrin ; tantôt blanc jaunâtre, et ressemble à du pus ; le plus ordinairement, il offre une coloration brunâtre, hémorrhagique ; il est mobile, séreux, ou bien encore épais, filant, visqueux ou enfin incolore comme du sirop de sucre. Le liquide peut même changer d'une ponction à l'autre (obs. XIX).

Au milieu de ce liquide, qui appartient aux kystes dermoïdes, on observe, au microscope, des cellules épithéliales, isolées ou réunies en masses, produit en général d'une véritable desquamation de la face interne du kyste, des globules graisseux, des poils très-fins le plus souvent roussâtres et que l'œil ne peut apercevoir.

L'analyse chimique y a revélé la présence de l'albumine, une matière analogue à de la gélatine, une substance grasse, des phosphates de chaux, et des grumeaux de matière sébacée de couleur blanc-

grisâtre. Eichwald y a trouvé de la peptone albumineuse, de la mucine, de la peptone muqueuse, substances produites par la filtration de l'albumine du sang, et dans les kystes proligères, par l'élaboration des cellules caliciformes. Ajoutons qu'on peut y rencontrer, bien que rarement, des cristaux de cholestérine. Sa réaction est neutre ou faiblement acide ; son odeur est nulle et très-exceptionnellement fétide.

La quantité du liquide contenu varie d'un demi-litre à 20 litres et plus.

Les kystes dermoïdes peuvent s'enflammer et renfermer du pus ; ces cas sont rares, car sur les 127 kystes dermoïdes réunis par Lebert, ce savant observateur en a seulement compté trois cas.

Le premier est de Jean Bauhin (1578) (1), qui, dans une autopsie médico-légale faite à Lyon, trouva la cause de la mort subite d'une femme dans la présence d'une grosse tumeur de l'ovaire droit qui renfermait des poils, de la graisse et du pus, laquelle s'étant ouverte dans le péritoine, avait déterminé une péritonite sur aiguë.

Le deuxième cas appartient à Rénénaume (2) ; le troisième est rapporté par Haller (3), dans ses *Opuscula pathologica*.

Nous en avons rapporté deux autres cas, qui sont postérieurs au travail de Lebert, et qui font le sujet des observations XIII et XXI.

(1) Joh. Schenkius. Obs. med. Brisq. 1596, t. IV, p. 202.
(2) Hist. de l'Acad. roy. des Sciences. Paris, 1701, p. 37.
(3) Haller. Opuscula pathologica. Lauzanne, 1768, p. 133.

Le contenu des kystes dermoïdes n'est jamais entièrement liquide ; il renferme une quantité plus ou moins considérable de substance graisseuse, disséminée dans le liquide, ou bien réunie en boules de volume qui varie depuis celui d'un œuf de pigeon à celui d'une tête de fœtus, et pouvant, dans ce cas, donner lieu à la sensation de ballottement, ainsi que l'a observé une fois M. le professeur Trélat.

Ces sphères graisseuses nagent parfois en nombre si considérable au milieu du liquide retenu dans la poche qu'il ne peut venir à l'idée de les compter (obs. VIII); elles renferment généralement des cheveux enroulés et agglutinés par la matière sébacée.

Sur les 129 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire dont parle Lebert, nous en trouvons 47 piligraisseux. Les kystes piliosseux forment un total de 82, c'est-à-dire qu'ils sont deux fois plus fréquents que les précédents.

L'examen chimique qui a été fait de cette graisse démontre qu'elle est constituée par une matière grasse, semblable au sebum de la peau ; on y a retrouvé les mêmes principes gras : oléine, butyrine, margarine, et plusieurs fois la cholestérine. Selon la prédominance de l'un ou l'autre de ces corps, on aura un kyste à contenu plus ou moins consistant.

Nous empruntons à la thèse de M. Pommier (1) l'analyse chimique du contenu d'un kyste dermoïde faite par MM. Valentin et Vogel :

(1) Pommier. Thèse de Strasbourg. 1864, p. 115.

			Valentin.	Vogel.
Eau			887.15	751.00
Graisses	Cholestérine	3.52		
	Eloïne et oléate sodique	32.16	37.90	38 00
	Stéarine	2.22		
Albumine liquide et potasse			10.35	des traces.
Clorure sodique			2.21	
Chaux			2.12	
Magnésie			1.04	
Substance celluleuse considérée par Valentin comme de l'albumine coagulée			59.23	92.00
Extrait alcoolique avec acide lactique				92.00
Extrait aqueux				27.00

Enfin cette matière grasse diffère du gras de cadavre parce qu'elle ne fond qu'à la température à laquelle fondent les graisses.

Poils. — On trouve le plus ordinairement dans ces produits de sécrétion de la paroi interne des kystes des cheveux disséminés au milieu de la graisse, agglutinés ou réunis en masse, flottant librement au milieu du liquide, et dans la plupart des cas des poils implantés sur la paroi.

Ces poils ont une structure identique à celle des poils normaux. La plupart possèdent un bulbe atrophié, mais néanmoins reconnaissable au microscope, qui laisse voir leur aspect normal, strié, pigmentaire, et leur conduit central (obs. XIII).

A. Cooper (1) a prétendu que ces poils ne possédaient ni bulbe, ni canal, et différaient par conséquent de ceux qui existent normalement à la surface de la peau.

(1) A. Cooper. Trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 590.

Cette assertion est fausse, mais elle prouve que cet auteur n'ignorait point l'existence de ces sortes de tumeurs.

Ces poils présentent diverses colorations ; d'après Reindfleisch, ils sont le plus souvent d'un blond roux, très-fins et assez ordinairement réunis en pelotte ou agglutinés par la matière sébacée ; ou bien ils sont blanchâtres, noirs ou blancs, châtains, ou encore soyeux, fins, très-épais et ressemblant à des crins. Le même cheveu peut offrir plusieurs nuances : être noir et blanc par exemple. Bauhin a vu des poils blancs sur la tunique interne d'un kyste pileux, alors que le pubis en était totalement dépourvu.

Ces poils ont une longueur variant de 2 millimètres à 27 centimètres. Parfois ils échappent à la vue, et il est alors nécessaire d'avoir recours à une loupe pour les distinguer au milieu du liquide où ils nagent librement.

Il est très-exceptionnel de ne point rencontrer un certain nombre de poils adhérents à la face interne du kyste et il est aujourd'hui parfaitement acquis que leur point de départ est dans les follicules que nous avons signalés dans la paroi de ces kystes.

Sur les points où ces poils paraissaient ne point exister, M. Mahot (obs. XXVII), a observé un duvet très-fin, semblable à celui que présente la peau du fœtus.

Quant aux poils qui sont libres à l'intérieur du kyste, il n'est pas douteux qu'ils se sont, à un mo-

ment donné, détachés de la membrane qui leur donnait implantation.

Os. — On peut affirmer, sans crainte de se voir démentir par les faits, que la plupart des os qui ont été recueillis au milieu de ces sortes de tumeurs, malgré la bonne volonté qu'ont mise certains auteurs à les rapporter à un type normal, n'ont qu'une ressemblance très-éloignée avec l'un ou l'autre des os qui forment le squelette humain. Ils se présentent sous l'aspect d'une masse informe, indéfinie, et qu'il est impossible de rapprocher d'un os connu. Cependant quelques os, et plus particulièrement les maxillaires et les os du bassin, peuvent, dans certains cas, offrir une structure assez reconnaissable, telle est l'observation qui nous est personnelle et dont nous avons conservé les pièces.

Ces production osseuses sont rarement libres au sein du kyste; presque toujours elles sont comme enchâssés dans la tunique au milieu de laquelle elles adhèrent de la façon la plus intime.

Notons en passant l'absence complète du tissu cartilagineux qui, chaque fois qu'il est indiqué dans une observation, n'est signalé qu'avec la plus extrême réserve, et pour la constatation duquel il eut été sage d'appeler le microscope à son aide. Cette absence du cartilage est du reste une conséquence du mode de développement du tissu osseux qui, ainsi que l'a prouvé Kolliker, et plus récemment MM. Legros et Magitot, se forme de toutes pièces, sans être précédé du tissu de cartilage.

Enfin on a placé ces productions ossiformes sous le champ du microscope, et il a été facile de voir qu'il s'agissait bien là d'une véritable substance osseuse, avec ses corpuscules osseux, et ses canaux de Havers, moins nombreux quelquefois qu'à l'état normal. Une sorte de périoste plus ou moins parfait, formé par la membrane celluleuse du kyste, revêt ces parties osseuses dont la forme, le volume, et le nombre sont des plus variés, puisqu'on a anisi décrit depuis la simple lamelle osseuse, jusqu'à des os qu'on a reeonnus être un maxillaire, un pariétal et même un sphénoïde!

Dents. — La forme des dents que l'on a eu occasion de rencontrer à l'intérieur de kystes dermoïdes se rapproche plus ou moins de celle des dents de première et quelquefois de seconde dentition ; mais il est très-fréquent d'en trouver un eertain nombre altérées morphologiquement et revêtant les types les plus bizarres. C'est ainsi qu'on a vu des dents coudées, soudées entre elles, irrégulières, atrophiées, manquant de racine, des dents qu'on ne pouvait rapporter à aucun type. (Magitot.)

Les dents ne sont pas toujours implantées sur des parties osseuses ; elles peuvent être libres à l'intérieur de la poche ou adhérentes à sa paroi. On en a observé à toutes les périodes d'évolution ; quelques-unes étaient encore enfermées dans de petites loges fibreuses, eontenant une sorte de matière gélatiniforme et transparente, et offraient tous les indices d'un développement graduel.

Dans un des cas de M. Péan, et dont la pièce a été examinée au laboratoire de M. le professeur Robin, il n'a été possible, malgré les recherches les plus attentives, de ne rencontrer dans la masse dermique qu'une dent incluse dans une paroi folliculaire close, tandis que sa racine bifide s'articulait avec une bande osseuse contenue dans les parois même du kyste (Magitot) (1); dans le cas qui a été rapporté par M. Mahot, on a compté 41 dents.

Les dents de la deuxième dentition viennent assez fréquemment se joindre à celles de la première; elles peuvent même prédominer, et leur groupement se fait sans règle aucune.

Ainsi sur 39 cas analysés par Lebert, 8 fois il n'y avait absolument que des molaires; dans 8 autres cas, il y avait des incisives et des molaires; 6 fois les incisives faisaient défaut, et il n'y avait alors que des canines et des molaires; dans 5 cas, il n'y avait que des canines; dans 5 autres, des incisives, des canines et des molaires; 2 fois enfin les incisives et les canines existaient seules.

Si parfois leur forme n'est pas assez nette, assez régulière pour qu'il soit possible de les faire rentrer dans l'une ou l'autre catégorie dentaire, d'après Reindfleish, elles possèdent toujours les parties constituantes de la dent: émail, ivoire, cément, racine, collet et couronne. Or, depuis les travaux de Blainville et de Kolliker, la plupart des auteurs mo-

(1) Anomalies du syst. dentaire. Journ. d'anat. et physiol., 1874, p. 444.

dernes, s'accordant à considérer les dents, ainsi que les glandes cutanées et les poils, comme des productions de nature épidermique, il paraîtra moins étrange, selon la remarque de Billeroth (1), de rencontrer des dents dans ces cas où la végétation épithéliale est très-développée.

Dans le cas si souvent rappelé d'Autenrieth qui contenait plus de trois cents dents, il y avait des incisives, des canines, des grosses et petites molaires, et des dents qui ne pouvaient être rangées dans aucune catégorie. A l'aide du microscope, il est facile de reconnaître que ces dents reçoivent un filet nerveux par l'extrémité inférieure de leur racine (Mahot, obs. XXVII).

On a encore signalé dans ces tumeurs des produits plus complexes. Virchow y a découvert des fibres musculaires striées ; Rokitansky des cellules nerveuses, et Gay, Virchow et Friederich des traces de subtance médullaire grise. Nous ne nous arrêterons pas sur ces faits dont l'interprétation plausible nous échappe.

Les kystes dermoïdes, comme le plus grand nombre des tumeurs de l'ovaire, contractent assez rapidement des adhérences avec les organes voisins. Il est cependant peu fréquent, au début, de rencontrer ces kystes adhérents ; ce n'est que plus tard, lorsque la tumeur a acquis un certain développement, que l'on voit s'établir ces adhérences, tantôt assez friables pour être déchirées à la moindre trac-

(1) Billeroth. Pathol. chirurg. 1868, p. 693.

tion, tantôt fibreuses, comme cornées, résistantes et se détachant alors en feuillets. La vascularité de ces néomembranes est aussi trés-variée.

Les adhérences de la masse kystique diffèrent, selon que celle-ci se sera développée dans l'excavation, ou qu'elle aura franchi le détroit supérieur, C'est ainsi qu'on a retrouvé dcs adhérences avec le rectum, la vessie, qui pourront être l'un et l'autre comprimés, avec l'utérus qui sera, selon le cas, abaissé, fléchi en avant ou sur l'un de ses côtés, ou bien complètement entraîné en haut, de telle sorte que les culs-de-sac vaginaux se seront cffacés, et qu'on sentira avec peine le col utérin placé comme au fond d'un entonnoir.

Si la tumeur a eu primitivement son siége dans la cavité du grand bassin, ou si elle y est venue de bonne heure, suivant qu'elle se sera formée dans l'ovaire droit, elle effectuera plus spécialement des rapports avec le cœcum ou le côlon ascendant; si c'cst au contraire l'ovaire gauche qui est atteint, les adhérences s'établiront plus facilement avec l'S iliaque du côlon. On verra la trompe du même côté hypertrophiéc, adhérente à la face externe du kyste et quelquefois confondue avec elle.

Par son volume considérable, le kyste viendra refouler et presser la paroi abdominale, et il cn résultera une légère inflammation qui donnera naissance à des adhérences avec le péritoine pariétal. En raison de sa mobilité extême, l'intcstin grêle échappera lc plus ordinairement à cette fâcheuse complication.

La face antérieure et supérieure de ces kystes a été souvent trouvée adhérente à l'épiploon, et plusieurs fois on s'est vu dans l'obligation de pratiquer l'excision en masse d'une partie de la toile épiploïque.

Quand la tumeur s'ouvre dans l'un des organes de la cavité abdominale, il est le plus souvent possible de reconnaître l'ouverture qui a permis au liquide de s'échapper au dehors,

Enfin la poche est susceptible de s'enflammer, de se gangréner sur l'un ou plusieurs de ses points, et dans un temps plus ou moins court apparaîtront les symptômes d'une rupture en quelque sorte spontanée et les accidents consécutifs de cette redoutable complication.

CHAPITRE V.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les tumeurs de l'abdomen offrent ceci de particulier, qu'elles présentent un ensemble de symptômes et de signes communs, dont l'interprétation rigoureuse constitue, dans certains cas, la plus grande difficulté du diagnostic, et peut même être une cause d'erreur pour le praticien le plus éclairé.

Le début des kystes dermoïdes passe le plus ordinairement inaperçu, et quelques-uns conserven

même pendant la vie un volume assez médioerc pour être complètement méconnus, ou n'être trouvés qu'à l'autopsie ; un eertain nombre grossissent très lentement,et ne s'annoneent qu'à un âge déjà avaneé, d'autres enfin s'aecroissent avec une rapidité remarquable, et leur présence ne tarde pas à s'accuser par des signes d'une certaine valeur et qui attirent bientôt l'attention de la malade et du médecin auquel celle-ci vient demander conseil.

Il est inutile de faire remarquer que ces signes varieront, selon que la tumeur siègera dans le grand ou le petit bassin.

Néanmoins, dans ees deux cas, les premiers symptômes qui s'observent sont : la douleur et les troubles de la menstruation. Ces douleurs du début, qui ne peuvent être attribuées à la compression des plexus sacrés ou lombaires, vu le peu de volume de la tumeur, sont dues, croyons-nous, à une légère irritation de la séreuse péritonéale ; elles se loealisent au point atteint, ou bien elles s'irradient vers les aines, les flancs, et sont tantôt sourdes et eontinues, ou tantôt lancinantes et paroxystiques. Le sommeil peut être gravement troublé ; mais il est plus fréquent d'observer des rémissions dans l'intensité de ces douleurs, de les voir même disparaître peu à peu pendant un eertain temps, ou dans quelques eas complétement, grâce à la toléranee de la séreuse péritonéale.

Plus tard quand la tumeur a acquis un grand développement, il survient de la gêne, des tiraillements, des pesanteurs dans la région iliaque ou

du côté du périnée, soit spontanément, soit par la pression. Ces premiers signes, qui ont souvent peu de valeur, acquièrent parfois une signification très-importante, s'il s'agit de déterminer le côté de l'abdomen où la tumeur s'est primitivement développée.

Les douleurs qu'on observe alors n'ont plus le même caractère que précédemment; elles sont continuelles, contusives, et s'accompagnent de redoublements d'une intensité inouïe; c'est qu'alors nous avons affaire à une véritable névralgie due à la compression des plexus, et devant laquelle échouera tout traitement rationnel,

Dans un petit nombre de cas, ces symptômes douloureux seront révélés par la pression, ou produits par certains mouvements.

Dès cette époque, on observe des troubles de la menstruation qui cesse le plus ordinairement, affecte une marche irrégulière, ou bien encore reste normale, ainsi qu'il en a été rapporté des exemples. S'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, jamais il ne surviendra d'hémorragies, ainsi que cela a lieu dans les tumeurs qui ont leur siége dans l'utérus.

Cette fonction, qui sera la première troublée, n'a pas une valeur bien significative par rapport à la marche et à la progression plus ou moins rapide de la tumeur ; et Kœberlé l'a vue se rétablir et durer chez une femme qui avait subi l'ovariotomie. Ajoutons que c'est là une des raisons fournies à l'appui de la théorie qui conteste l'existence d'un

rapport direct entre la menstruation et l'ovulation.

Si le kyste reste dans l'excavation, on ne sent pas la tumeur abdominale à la palpation, et la percussion n'indique nulle part de la matité; mais le toucher vaginal fait reconnaître une masse molle, pâteuse, peu fluctuante, gênant plus ou moins la miction et la défécation, indépendante de l'utérus qui pourra néanmoins être déplacé.

Dans la généralité des cas, le kyste s'élève au-dessus du détroit supérieur, s'accroît vers la cavité abdominale, et donne lieu à une réunion de signes et de symptômes que nous allons successivement analyser, et dont il importe de connaître la valeur séméiologique.

Un phénomène d'une grande valeur parce qu'il attire plus tôt l'attention, et qui suit d'assez près ceux que nous venons de mentionner, est le développement du ventre, lequel nous est révélé par un certain nombre de signes appréciables à la vue et au toucher.

Cette augmentation de volume du ventre n'est pas toujours remarquée par la malade; tout au plus l'attribue-t-elle, au début, à un certain degré d'embonpoint, et il est arrivé plusieurs fois qu'elle a été reconnue par le médecin appelé à donner ses soins pour une autre affection.

Rarement les kystes dermoïdes sont masqués par une ascite concomitante, ainsi que cela s'observe assez souvent pour les kystes séreux; aussi la méprise est-elle rarement causée par cette affection,

dont nous ferons connaître ultérieurement les signes différentiels.

Tout d'abord, si la femme est jeune, et qu'il survienne sans cause appréciable, pour elle du moins, une suppression des règles, elle sera tout naturellement portée à attribuer à une grossesse commençante l'exagération de volume de son ventre; à peine invoquera-t-elle une obésité précoce. Ce n'est que plus tard, quand le ventre aura acquis des dimensions anormales, et que la terme de la grossesse sera dépassé, que la femme inquiète de son état viendra se soumettre à l'examen du médecin. Mais ce dernier, avant de se prononcer sur la nature de l'affection, devra passer en revue les signes physiques fournis par la vue, le palper, le toucher et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence.

1° *Signes fournis par l'inspection.*

En examinant avec soin la forme du ventre, on reconnaîtra bien vite qu'elle n'est plus symétrique; que l'abdomen est irrégulièrement développé et que cette augmentation porte de préférence sur l'un de ses côtés. La peau est distendue, luisante, présente un nombre quelquefois considérable d'éraillures et de vergetures. La dilatation apparente des veines sous-cutanées superficielles permet en outre d'apprécier l'état de gêne de la circulation intra-abdominale.

Mais il faut bien savoir qu'on ne retire de cet examen, fait en quelque sorte à distance, que des renseignements peu précis, provisoires, et qui de-

vront être corroborés par un examen plus attentif et plus sérieux fait à l'aide du palper et du toucher, lesquels pourront nous donner des notions à peu près certaines sur le siége, la consistance, et, exceptionnellement, sur la nature de la tumeur abdominale.

L'inspection n'apprendra que fort peu de chose, si la tumeur s'accompagne d'une ascite assez considérable pour venir distendre uniformément les parois du ventre, et masquer ainsi par son aspect symétrique la présence du kyste sous-jacent.

Enfin, on appréciera l'état des membres inférieurs qui seront œdématiés, ou, au contraire, sensiblement amaigris, et dont l'amaigrissement contrastera avec les proportions du ventre.

2° *Signes fournis par la palpation.*

Les signes fournis par le palper ont une bien autre importance, puisqu'ils nous renseignent sur l'existence de la tumeur, sur sa forme, ses limites, sa fixité, sa mobilité, sa consistance et, dans une certaine mesure, sur la nature de son contenu.

Le palper nous apprendra tout d'abord si la masse kystique s'accompagne ou non d'ascite, qui est toujours une complication sérieuse, car le liquide ascitique est fourni par le sang, et c'est là une cause permanente de débilitation.

Nous savons déjà que c'est une complication rare des kystes dermoïdes, puisque sur 16 cas nous ne l'avons notée que 3 fois.

Si le ventre est uniformément distendu par une

épaisse couche d'ascite, c'est en pratiquant le palper par une pression brusque, qu'on reconnaîtra, à un certain degré de résistance sous la main, l'existence possible de la tumeur.

La palpation nous procure aussi de précieux renseignements sur le nombre, le siége et la forme des tumeurs ; surtout si les parois ne sont pas trop épaisses, et si elles ne sont pas dans un état de distension excessif.

Dans certains cas rares d'ascite considérable, on se verra dans l'obligation de pratiquer une ponction qui seule peut lever tous les doutes, en permettant de mieux saisir les rapports de la tumeur, d'apprécier son volume et de la suivre assez profondément derrière les pubis où elle est habituellement placée.

Nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la tumeur siége parfois dans l'excavation pelvienne, auquel cas elle ne sera pas appréciable à la palpation, ou bien dans le grand bassin, et nous possédons déjà plusieurs moyens de la reconnaître. On la sent dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, et on la voit remonter plus ou moins haut vers l'hypochondre correspondant.

Les tumeurs dermoïdes de l'ovaire, avons-nous dit, tant que leur volume reste médiocre, conservent la forme arrondie et ovoïde; mais si elles s'accompagnent de kystes secondaires, et c'est là un fait assez fréquent, elles offriront des modifications de forme les plus variées. La main nous apprendra dès lors si cette masse kystique est régu-

lière, bosselée, déprimée, et si elle se compose de plusieurs loges.

Les kystes dermoïdes ont un volume qui varie depuis un œuf de pigeon à celui d'une tête d'adulte ; il peut même s'étendre au delà. C'est lorsqu'il s'agit d'un kyste volumineux que se produisent, de préférence, les adhérences avec les parties voisines, adhérences qui ne sont peut-être pas sans importance sur les dimensions de la tumeur, qui passe inaperçue tant qu'elle n'a pas atteint environ le volume du poing.

Au début, lorsqu'elle est petite, elle est toujours mobile et se déplace aisément ; la malade peut la faire glisser, la saisir dans sa main. Ce n'est que plus tard qu'elle perd peu à peu sa mobilité, soit à cause de son volume, soit à cause des adhérences qui la fixent et la rendent immobile. Par contre, cette mobilité a toujours été nulle, si le pédicule est très-court, ou s'il fait défaut.

Quand la masse kystique est libre de toute adhérence, la pression de la main, en général, la fait se déplacer dans un sens ou dans l'autre, et ce déplacement est d'autant plus appréciable que le pédicule est plus long ; mais la tumeur, bien que n'étant pas adhérente, peut paraître immobile si elle a envoyé des prolongements dans l'excavation, lesquels fixeront la tumeur comme un coin entre le pubis et le sacrum, et feront croire à des adhérences qui n'existent pas en réalité.

Cependant la peau jouit encore d'un certain degré de mobilité, et nous pensons qu'on réussira à la

faire glisser à la surface de la tumeur si toutefois le ventre n'est pas trop tendu. S'il y a doute sur la possibilité des adhérences, il ne subsistera alors que pour les parties profondes.

Le bruit de frottement, indiqué par plusieurs auteurs, pour la constatation des adhérences de la face antérieure du kyste avec le péritoine pariétal, est loin d'avoir la valeur qui lui avait été tout d'abord attribuée; il a été cherché vainement dans des cas où l'opération a démontré l'existence de larges et nombreuses adhérences.

Au contraire, M. Polaillon (obs. IX) qui avait nettement perçu le bruit de neige caractéristique, a trouvé à l'opération la paroi du kyste libre d'adhérences avec le péritoine.

Il est inutile d'ajouter que nous ne possédons aucun signe capable de nous renseigner sur les adhérences qui pourraient s'être établies entre la tumeur et le mésentère, le gros et le petit intestin, si ce n'est le cas pour ce dernier où il est venu se placer en avant de la tumeur, et où il est reconnu à la percussion... Il serait cependant fort avantageux pour le chirurgien d'être fixé à l'avance sur l'étendue plus ou moins grande des adhérences, qui viennent dans une certaine mesure ajouter au pronostic déjà si grave de l'opération.

La consistance de la tumeur sur laquelle nous nous sommes étendu longuement, lorsque nous avons parlé de la nature de son contenu, n'est pas la même, selon que le kyste est uniloculaire ou multiloculaire.

Si le kiste n'est formé que d'une seule poche, remplie par de la matière sébacée plus ou moins liquide, on a une tumeur molle, pâteuse, comme suifeuse. On ne trouvera plus cette fluctation si nette de kyste séreux uniloculaire; cependant même dans le cas d'un kyste dermoïde formé par une seule loge, il n'est pas toujours donné de percevoir cette sensation de mollesse et d'empâtement que nous indiquons, car la tumeur peut renfermer une certaine quantité de liquide et présenter les signes d'une fluctuation appréciable.

De plus, nous rencontrerons une autre cause d'erreur dans l'état de la paroi du kyste qui peut être assez résistante pour paraître solide, alors qu'elle est remplie par un liquide séreux ou demi-liquide.

Disons enfin que cette appréciation de la résistance particulière du kyste dermoïde nous est surtout suggérée par la nature du contenu, et qu'il faudrait la main bien exercée d'un habile clinicien pour différencier ainsi un kyste dermoïde d'un autre kyste de l'ovaire.

Le palper ne fera qu'augmenter notre incertitude, si le kyste est multiloculaire, et s'il contient à la fois des parties kystiques et des parties solides ou aréolaires.

Spencer Wells a signalé la dureté et la résistance des parties solides qui entraient dans la formation du kyste qu'il a pu apprécier dans trois cas différents. Nous ne connaissons à vrai dire aucun signe qui nous permette de reconnaître, ou même

de soupçonner que nous avons affaire à un kyste dermoïde, si ce n'est peut-être l'âge peu avancé de la malade et le volume déjà considérable de la tumeur.

En dernier lieu la palpation fournira le moyen de s'assurer de son degré de sensibilité. Dans quelques cas la pression ne cause pas la moindre douleur, ou bien celle-ci est limitée en un point quelconque de la tumeur, et très-rarement étendue à sa totalité.

3° *Signes fournis par la percussion.*

La percussion fournit aussi son contingent de signes importants dans l'examen d'une tumeur ovarique, mais elle ne met à notre disposition aucun moyen d'affirmer qu'il s'agit ou non d'un kyste de nature dermoïde; comme dans toutes les autres tumeurs de l'ovaire, elle nous aide à reconnaître la présence de l'ascite, le volume du kyste et sa situation par rapport aux anses intestinales.

L'intestin étant ordinairement refoulé sur la tumeur et en arrière jusque dans la région lombaire, la constatation de la sonorité dans ces deux points et surtout dans ce dernier où elle acquiert ainsi une valeur presque pathognomonique, en tant qu'il s'agira d'un kyste de l'ovaire, permettra d'éloigner l'idée d'une ascite qui donne constamment de la matité dans ces mêmes points.

La percussion nous apprendra si une anse intestinale n'adhère pas à la face antérieure de la paroi

du ksyte, et mettra ainsi l'opérateur en garde contre cette sérieuse complication. .

La tumeur est mate dans toute son étendue, et la percussion permet d'en préciser les limites. Le bruit de choc que l'on obtient en percutant brusquement une tumeur à contenu liquide avec l'extrémité des doigts, l'autre main placée sur un point opposé de la paroi, fait défaut, ou n'est que faiblement perçu s'il existe une certaine quantité de liquide au sein de la masse que l'on percute.

Mais l'absence de ce bruit ne nous permettra pas encore de nous prononcer sur la variété de la tumeur, que nous cherchons à préciser.

4° *Signes fournis par le toucher.*

Le palper, aidé de la percussion ne nous fournira jamais des notions incomplètes sur les rapports du kyste avec les organes qui remplissent l'excavation, et cependant il importe au plus haut degré au chirurgien d'être fixé sur ce point, et c'est au toucher qu'il s'adressera pour éclaircir sinon pour dissiper ses doutes.

L'introduction du doigt dans le vagin laisse reconnaître si l'utérus occupe sa position normale, s'il est mobile, complètement indépendant de la tumeur ou encore s'il a subi quelques variations de volume.

Si la tumeur est petite, peu volumineuse, il est aisé de comprendre que les rapports de la matrice ne seront pas sensiblement modifiés. Tout au plus

pourrait-on trouver une légère antéversion ou une légère flexion dans un sens ou dans l'autre, si la tumeur siégeait entièrement dans l'excavation.

Le doigt sent alors que l'un des culs-de-sac est occupé par une tumeur de résistance variable, et difficile à atteindre quelquefois. Mais ce n'est là que l'exception; rarement le médecin est appelé à se prononcer sur l'existence d'une semblable tumeur qui reste presque toujours ignorée, hormis le cas où elle occasionne des douleurs assez fortes et assez persistantes pour faire naître l'inquiétude dans l'esprit de la malade. Nous devons donc envisager le cas beaucoup plus fréquent où la tumeur est facilement appréciable par la vue, le palper et le toucher.

L'utérus pressé par sa partie supérieure s'abaisse et se porte souvent dans l'antéflexion; le col est alors très-haut, en arrière, près de la cloison rectale.

Les culs-de-sac sont déprimés par le segment inférieur de la tumeur dont le doigt apprécie la dureté, la résistance, la mollesse, et dans une certaine mesure la mobilité. Si la partie inférieure est solide, on sent une masse dure qui ne se laisse point déprimer, ou bien une partie molle, pâteuse, et quelquefois fluctuante. Il peut arriver cependant de ne rien rencontrer d'anormal du côté des organes génitaux internes : les culs-de-sac sont entièrement libres, l'utérus est à sa place, et néanmoins il n'existe aucun doute sur l'existence de la tumeur. Ce fait s'observe lorsque la tumeur tout entière dé-

veloppée dans la cavité abdominale, n'a envoyé aucun prolongement dans le petit bassin. Mais cette constatation, négative en quelque sorte, aura toujours permis de constater que l'utérus n'a jamais contracté la moindre adhérence avec la tumeur.

M. Boinet a signalé la déviation latérale du col qui se porte du côté opposé à la tumeur, si des adhérences existent entre celle-ci et le fond de l'organe qui finit par basculer. Il a même indiqué une ascension complète de tout l'organe utérin dont il est parfois impossible d'atteindre le col.

Mais dans ce cas encore, l'utérus a conservé le même volume, il se déplace latéralement et on ne découvre rien d'anormal soit sur le col, soit sur le corps.

Le palper et le toucher réunis rendent alors de réels services dans l'appréciation des rapports de la tumeur et de la matrice, car il n'est possible d'affirmer l'indépendance de cette dernière qu'en limitant avec le plus grand soin ce qui appartient à l'une et à l'autre, qu'en étudiant l'influence réciproque des mouvements qu'on leur communique alternativement, et pour cela il faut de toute nécessité recourir à ces deux moyens de contrôle que nous avons à notre disposition. En tout cas, l'immobilité absolue du col est un signe manifeste de la séparation de l'utérus et de la tumeur ovarique.

L'hystéromètre, dans les cas douteux et difficiles, rend d'importants services, nous fournit des notions exactes sur les dimensions de la cavité utérine, et M. Huguier a même érigé en méthode ce

moyen d'exploration. Mais il faut savoir que cet instrument, alors même que l'utérus est indemne, peut être une cause d'erreur, si l'on s'en rapporte entièrement à la mensuration qu'il indique.

En effet, si le kyste ovarique s'est développé du côté de l'excavation, ou y a envoyé des prolongements, l'utérus va se trouver refoulé en bas et en avant, en état d'antéversion, auquel viendra se joindre un certain degré de flexion, et l'hystéromètre, après avoir franchi la cavité du col, viendra nécessairement se heurter contre l'une des parois latérales ou postérieure et ne donnera pas la longueur exacte de la cavité utérine.

Nous pensons cependant qu'avec un peu d'attention on peut éviter cette cause d'erreur, surtout si l'on a soin de s'assurer avec le doigt de la direction de l'organe, si l'on fait prendre à la malade une position qui facilitera l'entrée de l'hystéromètre, ou encore si l'on essaie d'introduire celui-ci dans diverses directions.

L'hystéromètre, placé dans le col, rend plus sensibles les mouvements que la tumeur communique à la matrice et qui, par suite de leur peu d'étendue, pourraient passer inaperçus. Le plus faible mouvement ressenti par l'utérus sera immédiatement exagéré par le manche de l'hystéromètre situé à l'entrée de la vulve.

Il sera bon parfois de pratiquer le toucher rectal qui fournit quelques éclaircissements sur le caractère de la tumeur et ses rapports avec l'organe de la parturition. Mais ses résultats sont loin d'être

aussi clairs que ceux obtenus par le toucher vaginal, qui nous donne des notions assez précises sur la situation, le volume et le degré de consistance de la tumeur, sur l'état, la position, la mobilité du col et du corps de l'utérus, et sur les rapports de cet organe avec le kyste.

Nous ne ferons que mentionner un moyen d'exploration indiqué par Rauth, et qui est fourni par l'auscultation. Selon cet auteur on percevrait facilement les battements de l'aorte si la tumeur était solide, et au contraire ces battements seraient presque imperceptibles si la masse interposée était liquide. Dans aucune des observations de kystes dermoïdes qu'il nous a été possible de réunir, nous n'avons trouvé notée l'existence de ce souffle, et nous ne pouvons dès lors en étudier la valeur symptomatologique.

Tel est le résumé succinct des divers signes physiques que nous offrent les kystes dermoïdes de l'ovaire et dont l'ensemble constituera la meilleure base de notre diagnostic.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les symptômes généraux qu'engendrent ces sortes de tumeurs et qui reconnaissent pour cause la compression purement mécanique du kyste ou son sous la dépendance de l'état général. Ces symptômes étant communs à la plupart des tumeurs de l'abdomen, nous nous contenterons d'en indiquer les caractères les plus saillants.

5° *Troubles fonctionnels d'origine mécanique.*

Nous avons déjà parlé de la douleur qui est le premier symptôme de certains kystes dermoïdes et qui ne reconnaît pas la même cause que celle qu'on observe quand le ventre s'est accru d'une manière appréciable.

Ces douleurs du début ressemblent assez bien à celles de la péritonite chronique ; elles sont sourdes, peu tranchées, plutôt agaçantes que vives ; celles de la seconde période offrent le type des douleurs névralgiques ; elles sont intermittentes, lancinantes, arrachent quelquefois des cris à la patiente qui s'agite, s'inquiète, perd le sommeil et ne tarde pas à voir sa santé subir de profondes altérations. La position n'est pas indifférente à la production de ces douleurs qui, dans certaines attitudes, peuvent parfois disparaître ou s'aggraver.

Cependant le tableau des souffrances éprouvées n'est pas toujours aussi sombre ; le plus habituellement celles-ci sont modérées ; et l'on voit des malades n'accuser que de légers tiraillements vers les aines, ou un sentiment de pesanteur vers le bas-ventre.

L'exagération de volume du kyste peut rendre quelquefois la station verticale impossible et apporter ainsi à la marche une sérieuse entrave. Sans nous arrêter à l'œdème et à l'ascite qui peuvent venir compliquer ces sortes de tumeurs, puisqu'elles sont très-rares, nous dirons que la respiration peut être singulièrement gênée par les dimensions énormes de la masse kystique qui refoule en haut

le diaphragme, gêne ses mouvements et diminue la capacité de la cage thoracique; d'où il résulte une dyspnée permanente avec exacerbations, laquelle est bientôt suivie d'une toux nerveuse très-pénible, et plus tard de palpitations cardiaques dues non-seulement à la gêne mécanique de l'hématose, mais encore à l'état dyscrasique du sang.

On comprend que, par suite de la compression du rectum entre sacrum et la tumeur, le cours des matières fécales sera entravé et qu'il surviendra une constipation très-tenace, et dans quelques cas une obstruction intestinale.

Les vomissements s'observent alors fréquemment et se produisent après un intervalle de temps plus ou moins long.

Les prolongements pelviens de la tumeur occasionneront du ténesme vésical, de l'incontinence, ou une rétention d'urine due à la pression de la tumeur sur le col. Par suite de la compression possible des uretères, le cours de l'urine sera interrompu, et cet accident, bientôt suivi des désordres si graves causés par l'urémie, entraînera rapidement la mort de la patiente.

6° *Troubles d'origine dyscrasique.*

La santé générale est moins rapidement troublée par l'existence d'un kyste dermoïde dont la marche est plus lente que celle des autres tumeurs kystiques de l'ovaire, lesquelles sont toujours l'indice d'une formation pathologique très-grave. La gêne

de la circulation produit des désordres de toutes sortes, la malade s'affaiblit, ses forces diminuent graduellement et elle arrive enfin au facies ovarique de Spencer Wells (1).

On note aussi des troubles cardiaques, en même temps que l'absence de toute métrorrhagie. L'amaigrissement fait de rapides progrès, les extrémités s'infiltrent, et finalement apparaît l'état cachectique, avant-coureur d'une mort prochaine.

COMPLICATIONS.

La complication la plus fréquente des kystes dermoïdes réside dans les adhérences que leur paroi contracte avec le péritoine pariétal, et plus spécialement avec l'épiploon que nous avons trouvé adhérent 10 fois sur 14 observations où l'on a signalé des adhérences. Sur les 22 cas de gastrotomie que nous avons recueillis, quatre fois seulement la tumeur était libre de toute adhérence.

Les péritonites adhésives sont assez communes, mais nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer ces accidents si redoutables de la péritonite généralisée, de l'étranglement intestinal ou de l'urémie. Dans le cas de Kœberlé (obs. XVI), le kyste s'était ouvert dans le péritoine, et la malade n'avait rien éprouvé de fâcheux.

La présence d'une grossesse est un accident dont

(1) Spencer Wells diseases of ovaries. London, 1869.

il y a à se préoccuper. La masse kystique, qui remplit plus ou moins la cavité abdominale devenue insuffisante au développement de l'utérus, peut occasionner un avortement, déterminer une obliquité de l'organe et devenir ainsi une cause de dystocie. C'est surtout si le kyste a son siége dans le petit bassin qu'il peut, a dit Cazeaux (1), rendre l'accouchement impossible.

Sur 31 cas rappelés par Puchelt, 15 furent mortels pour la femme et 23 pour l'enfant ; 21 enfants et une femme succombèrent pendant le travail.

Baudelocque (2) rapporte un cas de tumeur qui fut prise pour une exostose de la cuisse. Il fit la version, ne put extraire la tête qu'avec le forceps ; l'enfant vint mort et la mère succomba le troisième jour. A l'autopsie on trouva une tumeur dermoïde de l'ovaire.

Ces kystes ont aussi déterminé la mort pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement. Sur 43 cas de Lebert, rapportés avec détails cliniques, 2 fois la mort eut lieu pendant la grossesse et 5 fois pendant le travail ou ses suites.

Dans d'autres circonstances, la présence d'une tumeur de cette nature n'a gêné en rien le cours normal d'une grossesse qui est venue à terme. (obs. XXIII.)

Une complication fâcheuse est l'ouverture du

(1) Cazeaux. Traité d'accouchement, 1874, p. 747.
(2) Baudeloque. Art des accouchements, t. II, p. 269.

kyste dans la vessie (obs. de Larrey), à travers la paroi abdominale (obs. XXI).

M. Liégeois (obs. XIII) a rapporté un fait très-intéressant d'un kyste purulent et dont l'extirpation fut bientôt suivie de mort.

Une tumeur fibreuse, un squirrhe, un encéphaloïde peuvent coexister avec le kyste de l'ovaire et venir ainsi joindre leur gravité à celle du kyste lui-même.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La marche des kystes dermoïdes est très-variable ; mais toutes choses égales d'ailleurs, elle paraît être moins rapide que celle des autres productions kystiques de l'ovaire, ce qui s'expliquerait peut-être par la nature même du produit. Ici on ne peut invoquer une cause pathologique ; il ne s'agit, en effet, que de productions normales développées accidentellement, sur un organe où l'on n'a pas habitude de les rencontrer, et qui ne peuvent avoir sur l'économie la même influence fâcheuse qu'exercerait nécessairement le développement d'un produit morbide.

Les tumeurs dermoïdes sont toutes congénitales, mais l'époque de leur apparition est très-différente. Sur les 55 cas de Lebert on trouve : 1 cas au-dessous de 10 ans ; — 8 de 10 à 15 ans, presque tous entre 13 et 15 ans ; — 3 de 15 à 20 ans ; ensuite la plus grande fréquence est de 25 à 30 ans,

où l'on compte 25 cas ; — une fréquence à peu près égale entre 30 et 40 ans et 40 et 50 ans ; 12 cas pour le premier laps de temps et 13 pour le second. Puis il reste 7 cas observés chez des femmes ayant passé 50 ans.

Enfin 7 fois les jeunes filles étaient vierges.

S'il est des faits où la tumeur n'a été reconnue qu'à un âge très-avancé, cela ne prouve rien contre sa congénitalité. Elle était restée stationnaire, ou ne s'était développée que d'une manière insensible.

L'hérédité n'a aucune influence sur le développement des kystes dermoïdes et Scanzoni pense, contrairement à une opinion ancienne, que les maladies constitutionnelles, la scrofule, la tuberculose, la syphilis, sont sans influence appréciable sur la marche de ces tumeurs.

Cette opinion est, selon nous, trop absolue, et nous inclinons à croire que la tumeur se développant alors sur un terrain déjà atteint par une diathèse, les phénomènes généraux s'accélèreront et mettront plus promptement la vie en danger.

La marche de ces productions dermoïdes paraît d'autant plus rapide, qu'elles apparaissent chez de plus jeunes femmes ; chose qui se comprend facilement, si l'on tient compte de la prodigieuse activité de l'assimilation aux premiers âges de la vie.

La grossesse exerce aussi quelque influence sur la marche de la tumeur, qui diminua de volume pendant la parturition et augmenta très-rapidement après la troisième et dernière grossesse. (Cas 419 de S. Wells.)

C'est surtout aux approches de la puberté, ou dans les années qui la suivent, que l'on voit ces tumeurs s'accroître d'une façon très-sensible, et cet accroissement de volume coïncide avec l'époque de l'activité fonctionnelle de l'organe qui est alors sorti de sa torpeur physiologique.

Durée. — La durée des kystes dermoïdes est aussi très-variable ; ils peuvent s'accroître pendant un temps indéfini, mais certaines complications viennent quelquefois en accélérer la marche. Si l'on ne tient compte que de l'époque de leur apparition, nous trouvons que cette durée a été de 3 ans (obs. I) : de 8 ans (obs. IV, V et XVII) de 11 ans (obs. XIII), chez une malade âgée seulement de 17 ans ; la malade de M. Terrier avait senti son kyste seulement 10 mois auparavant ; et la femme qui fait le sujet de l'observation XXVI et qui mourut presque subitement était âgé de 75 ans. Or si l'on se rapporte à ce que nous avons dit de la congénitalité des tumeurs dermoïdes, on se fera facilement une idée de la lenteur possible de leur développement.

La statistique de Lee sur les kystes séreux de l'ovaire est loin de donner pour ces derniers une durée aussi prolongée : 25 p. 0/0 meurent dans la première année ; — 19 p. 0/0 en deux ans ; — 13 p. 0/0 en trois ans ; — 8 p. 0/0 en 4 ans ; et 23 p. 0/0 en 5 ans.

Scanzoni (1), dans son traité des maladies des femmes, donne une statistique de 123 cas, ou 63 malades succombèrent dans la première année; les 60 autres ne survécurent que quatre ans.

D'après Cazeaux, la durée moyenne des kystes séreux serait de 2 ans 1/2 à 3 ans.

Les kyste dermoïdes jouissent donc de cet avantage, si l'on peut appeler cela un avantage, de se développer plus lentement, et de ne pas devenir dangereux dans un temps aussi court que les kystes séreux.

Selon Spencer Wells, on observerait des kystes dermoïdes à contenu et à paroi très-épais qui possèderaient ce triste privilége de s'accroître très-lentement, de rester ensuite stationnaires, et d'avoir ainsi une durée de 15 à 20 ans; si le fait est vrai, il est aussi très-exceptionnel, et le médecin ne doit pas trop compter sur une pareille immunité.

Terminaison, — Les kystes dermoïdes n'ont pas toujours une terminaison fatale; quelquefois ils restent pendant toute la vie à l'état latent, ne donnant lieu à aucun symptôme fonctionel; d'autres, au contraire, occasionnent une dyspnée plus ou moins intense, des lésions cardiaques, l'œdème des extrémités, et finalement compromettent la vie des malades.

Dans un petit nombre de cas, on a vu la paroi du kyste s'enflammer, s'ulcérer, et par suite vider

(1) Scanzoni. Traité des maladies des femmes, 1859, p. 359.

son contenu dans le péritoine et donner lieu à une péritonite générale rapidement mortelle. D'autre part cette rupture n'est pas toujours accompagnée d'accidents graves ; il ne se produit souvent que des symptômes de péritonite plus ou moins violente, des coliques, de la diarrhée, une diurèse abondante. Rappelons que cinq fois le contenu du kyste a été trouvé purulent.

Il est assez rare de voir le kyste s'ouvrir dans la cavité péritonéale, on a remarqué que c'est le plus souvent dans la vessie ou à travers la paroi abdominale.

Lebert cite cinq cas où le contenu s'est fait jour par les parois du ventre, et seulement deux où il s'est vidé par le rectum.

Par suite des rapports anatomiques éloignés du vagin avec les autres organes contenus dans l'abdomen, on a vu bien rarement ces sortes de tumeurs s'ouvrir dans ce canal ; nous en connaissons seulement un exemple relaté par Jacinsky, et qui a été noté dans le remarquable mémoire de Lebert.

Nysten a constaté que, dans un cas, le kyste s'était vidé dans l'utérus au moyen de la trompe de Fallope.

La fréquence relative de la communication du kyste avec la vessie s'explique par les rapports directs du kyste avec l'organe de la miction, qui se trouve comprimé derrière le pubis, et dont un des points finit par s'enflammer et se sphacéler. Aussi, dit Rayer dans son *Mémoire sur la pili-miction*, faut-il avoir ce fait présent à l'esprit, chaque fois que les

urines contiennent des poils ou des parcelles d'os, puisque Lebert a signalé six fois ce mode de terminaison. Cette rupture du kyste, dans les organes voisins, est le plus souvent suivie de mort, et si celle-ci ne survient pas, la malade conserve une fistule pendant toute sa vie.

Si aucun traitement n'est apporté à la marche toujours croissante de ces tumeurs, la santé générale est troublée, les forces s'altèrent, l'amaigrissement fait de rapides progrès, et l'œdème envahit les membres inférieurs. A ces symptômes déjà si graves viennent se joindre la diarrhée, les vomissements, la fièvre ; la malade tombe dans le marasme, et est emportée par les complications de la fièvre hectique. Cette terminaison fatale se produirait dans un septième des cas environ (Lebert).

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

Nous arrivons à la partie, sans contredit, la plus intéressante de notre sujet, puisqu'il s'agit désormais de réunir par la synthèse les signes et les symptômes que nous a fait découvrir un examen méthodique et d'en tirer une conclusion rigoureuse et juste. Or, c'est là précisément que la difficulté

devient grande, et parfois même insurmontable. Rien n'est plus difficile, a dit Boyer, que le diagnostic des tumeurs; il eût pu ajouter et des tumeurs abdominales en particulier.

S'il est possible d'établir assez nettement le siége de la tumeur, il n'en est pas de même quand il faut se prononcer sur sa nature, et les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été commises prouvent d'une façon suffisante qu'il faut se garder d'être trop affirmatif.

Cette réserve que comporte le diagnostic tient, en effet, à ce que la plupart des signes par lesquels se révèle la tumeur sont communs à presque toutes les tumeurs du ventre, et qu'aucun d'eux ne s'accuse avec assez de netteté, dans tel ou tel cas, pour devenir en quelque sorte pathognomonique.

Il ne faudrait pas croire, néanmoins, que le diagnostic des tumeurs de l'ovaire soit toujours impossible, et qu'on ne puisse pas, dans un très-grand nombre de cas, arriver à un degré suffisant de certitude qui ne laisse subsister aucun doute sur le siége et la nature de la maladie.

La lecture de nos observations laisse voir clairement que le siége du kyste n'a jamais été une cause sérieuse d'embarras, mais que sa nature a trompé plus d'une fois l'attente du chirurgien.

Étant donné qu'il s'agit d'une tumeur abdominale, voyons à quels signes nous reconnaîtrons qu'elle a son siége dans l'ovaire, et, dans le cas présent, qu'elle est de nature dermoïde.

Nous pouvons laisser de côté le cas excessive-

ment rare où on aura à se prononcer sur un kyste à son début ; car s'il est déjà presque impossible de savoir s'il siége sur tel organe plutôt que sur tel autre, la difficulté va croissant, si l'on a à se prononcer sur sa variété. Considérons, au contraire, le cas bien plus commun d'une tumeur développée dans l'abdomen, sentie par le palper, la percussion, le toucher, et soumise à l'examen du médecin.

On reconnaîtra qu'on a affaire à un kyste ayant son siége dans l'ovaire, s'il réunit les caractères suivants : masse unie ou bosselée, à limites plus ou moins faciles à déterminer par la percussion, mate dans toute son étendue, offrant de la sonorité sur ses côtés, et surtout en arrière, dans la région lombaire, où cette sonorité acquiert une valeur presque pathognomonique; développée dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, mobile si elle n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, peu ou point mobile, suivant le nombre et l'étendue de ses àdhérences ; dont la motité ne varie pas dans les diverses positions que l'on fait prendre à la malade, dont les mouvements ne se transmettent pas à l'utérus normal, et qui peut faire une saillie plus ou moins considérable dans les culs-de-sac du vagin. A ces signes, disons-nous, on pourra affirmer que la tumeur est implantée sur l'ovaire, ou en est au moins très-voisine, mais qu'en tout cas elle n'a pas eu son point de départ dans la matrice. Nous exposerons plus loin, lorsque nous traiterons du diagnostic différentiel, les caractères particuliers qui nous permettront finalement d'en préciser le siége. L'absence des

hémorrhagies, la marche assez prompte de la tumeur devront être pris en grande considération, et aideront à compléter le diagnostic.

Le palper nous permettra de dire si la tumeur est solide ou liquide, si elle est uniloculaire ou mixte, fluctuante ou de consistance pâteuse, car on sait que les tumeurs kystiques ou cysto-aréolaires appartiennent plus spécialement à l'ovaire, que les fibrômes utérins présentent une dureté considérable, et que les tumeurs utéro-cystiques sont peu communes.

Le kyste de l'ovaire est reconnu; nous est-il possible, dans l'état actuel, de nous prononcer sur sa nature dermoïde ou seulement de la soupçonner ?

Le jeune âge de la malade, le siége de la tumeur, l'absence de fluctuation bien nette, et la sensation molle et comme suifeuse suggèreront peut-être à un praticien exercé l'idée qu'il s'agit là d'un kyste pileux, mais ne lui permettront que d'exprimer une opinion probable, tenant grand compte de l'extrême rareté des produits morbides dans la jeunesse.

Le seul moyen que nous ayons d'éclairer notre diagnostic, de lui donner toute la précision désirable, est de ponctionner le kyste, et de s'assurer de l'état du contenu qui sortira par la canule du trocart, et qui pourra contenir, si le kyste est dermoïde, des poils, de la graisse ou des cellules épithéliales.

Bien que beaucoup d'ovariotomistes blâment ce procédé, dont le moindre inconvénient est de donner lieu, selon eux, à des adhérences avec les or-

ganes environnants, à l'inflammation et même à la suppuration du kyste, nous pensons, alors que la distension du kyste est considérable et cause des troubles respiratoires, digestifs ou circulatoires inquiétants, nous pensons que le chirurgien ne doit pas négliger de pratiquer la ponction du kyste, puisqu'il soulage sa malade, et que l'examen du contenu lui apprendra ce qu'il avait tant intérêt à connaître. Pour ne parler que de la jeune enfant qui fait le sujet de notre première observation, est-ce que la ponction n'a pas révélé la nature bénigne de la tumeur que l'on croyait être carcinomateuse? Mais c'est seulement dans ces cas de suffocation imminente, où lorsque le diagnostic doit être posé d'une façon décisive qu'on sera autorisé, une fois au plus, à ponctionner le kyste; car Kœberlé a parfaitement établi que la mortalité de l'ovariotomie augmentait avec le nombre des ponctions, et que l'intérêt de la malade commandait d'y recourir le moins possible.

Cependant s'il nous était permis de donner notre avis sur cette question, nous dirions qu'il ne nous paraît guère possible qu'une simple ponction, faite avec un trocart de faible calibre, puisse donner lieu à autre chose qu'une péritonite adhésive localisée, et que le chirurgien doit toujours la pratiquer une fois, puisqu'il peut y trouver, dans quelques cas, un des éléments les plus importants de son diagnostic (kystes dermoïdes, et du ligament large).

Spencer Wells, dans son Traité des maladies des ovaires, cite 3 cas où il lui fut possible de porter

un diagnostic qui se trouva vérifié à l'opération. La consistance très-dure de la tumeur, comme osseuse, le jeune âge des malades, le firent pencher vers un kyste dermoïde; mais ce sont là, il faut bien l'avouer, des cas extrêmement heureux, et le plus fréquemment, l'épaisseur des parois du ventre, la situation plus ou moins profonde des parties résistantes priveront le médecin de ce moyen de diagnostic.

Dans le cas enfin où l'abondance de l'ascite serait une gêne sérieuse pour l'exploration de la tumeur, on trouverait là une dernière indication de la paracentèse.

Nous ne ferons que mentionner le procédé, mis en avant par certains opérateurs, des incisions exploratrices, lequel est aujourd'hui complètement abandonné. Ils voulaient de la sorte s'assurer de l'existence des adhérences, de leur étendue et de la nature du kyste ; mais ce procédé, par trop brutal, a été bien vite frappé de discrédit, et il est pour le moins aussi dangereux que l'opération qui nous rend hésitant. MM. Kœberlé et Péan se sont élevés avec beaucoup de force contre un pareil moyen d'arriver à la certitude. Du reste, ne voyons-nous pas, chaque jour, des malades guérir, dont la tumeur kystique adhérait intimement aux organes voisins. Il est même un fait qui a plusieurs fois attiré notre attention, et que nous trouvons signalé dans la clinique de notre maître, M. Péan (1), à

(1) Péan, Clinique chirurgicale, 1876, p. 687.

savoir : que les guérisons sont plus fréquentes lorsque les kystes ont contracté des adhérences avec les organes environnants, que lorsqu'ils sont entièrement libres au milieu de la cavité abdominale. Peut-être, dans ce cas, le péritoine est-il moins sujet à s'enflammer, et peut-être aussi les adhérences sont-elles une barrière sérieuse à l'inflammation. Bien que l'explication de ce fait nous échappe, celui-ci n'en conserve pas moins son importance, et nous avons cru devoir le signaler à l'attention du lecteur.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous n'avons pas la prétention d'établir le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs du grand et du petit bassin, qui à un moment donné pourraient être confondues avec celles qui font le sujet de notre travail; nous parlerons seulement des plus importantes, de celles qu'on observe le plus communément, et qui ont avec les kystes de l'ovaire un assez grand nombre de points de ressemblance. Nous omettrons à dessein toutes les affections éloignées, celles qu'avec un peu d'attention il sera aisé de différencier. C'est ainsi que nous aurons à faire la distinction entre l'hématocèle, l'ascite, la péritonite enkystée, la grossesse extra-utérine, les kystes du ligament large, les tumeurs fibreuses, les tumeurs du mésentère, de la rate et des reins.

Hématocèle.— L'hématocèle péri-utérine se distingue par la soudaineté de son début ; elle survient généralement lors de l'époque cataméniale. La malade éprouve tout à coup une douleur si atroce, bientôt suivie de symptômes de péritonite, qu'il n'y a pas un instant lieu de douter qu'il ne s'agisse là d'une affection tout à fait inflammatoire et très-aiguë.

D'autre part, la chaleur du vagin, l'état particulièrement humide de la muqueuse, la présence d'une tumeur molle et fluctuante, douloureuse, siégeant dans le cul-de-sac postérieur et exerçant sur le rectum une pression assez forte pour amener de la constipation; l'immobilité de l'utérus, qui a conservé tous ses caractères normaux, établiront dès l'instant une différence assez tranchée entre le kyste de l'ovaire et cette affection où l'on ne trouve qu'un seul signe commun, qui est la tumeur, laquelle au palper abdominal offre des signes tellement spéciaux, qu'il n'y a pas place pour le doute.

Ascite.— Dans l'ascite la distension du ventre est générale et symétrique; on ne sent pas de tumeur à la palpation ; la sonorité est perçue en haut vers l'épigastre, tandis qu'il existe de la matité dans les parties déclives et tout à fait en arrière le long de la paroi lombaire. Cette matité se déplace avec les diverses positions que l'on fait prendre à la malade. La fluctuation est infiniment plus superficielle, sa consistance est plus molle, le flot arrive sous la main en s'élargissant, et l'œil perçoit facilement

les ondulations de la paroi abdominale. En outre, on constate presque toujours les causes déterminantes de l'épanchement ascitique, très-exceptionnellement idiopathique : péritonite chronique, maladies du foie, altérations des reins, affection cardiaque, etc.

Dans les tumeurs ovariques on sent sous la main une masse unie ou bosselée, mate dans toute son étendue ; on trouve au contraire de la sonorité sur les côtés, et surtout en arrière vers la région lombaire, où elle acquiert presque une valeur diagnostique pathognomonique. A cause de l'épaisseur de la paroi lombaire, cette bande de sonorité est parfois assez difficile à saisir ; mais en percutant avec soin, on saura encore la reconnaître. De plus, dans quelque situation qu'on place la malade, les limites de la surface de matité ne se modifient pas sensiblement. Dans l'ascite, la tumeur croît progressivement et insidieusement de bas en haut ; le ventre s'étale en bissac. Dans les tumeurs de l'ovaire, il a toujours existé un moment où la malade a pu saisir la tumeur dans la main, la reconnaître globuleuse, mobile, et la faire rouler sous ses doigts ; plus tard la tumeur sera plus ou moins régulièrement globuleuse, mais son sommet sera toujours sur la ligne médiane, et le ventre non en bissac. La fluctuation est très-obscure dans les kystes dermoïdes qui ne contiennent que très-peu de liquide, et ont une consistance molle et pâteuse.

N'oublions pas que certains kystes dermoïdes ou ovariques s'accompagnent d'une ascite assez

considérable pour masquer superficiellement la tumeur. Dans ce cas, en déprimant brusquement la paroi, les doigts étant portés à plat, le liquide ascitique fuit, et on a la sensation d'une masse arrondie et circonscrite, située plus profondément.

Péritonite enkystée.— Elle débute quelquefois primitivement où d'emblée, d'une manière subaiguë; le ventre est presque aussi sensible que dans la péritonite aiguë; elle s'accompagne de vomissements, parfois de diarrhée. Alors l'erreur n'est guère possible.

Presque toujours cependant elle s'annonce d'une manière obscure; les douleurs sont sourdes, il survient des coliques, et la malade languit. On observe parfois le grossissement du ventre, dû au météorisme, et bientôt une ascite plus ou moins abondante. La palpation est un peu douloureuse, mais permet d'apprécier le relief des anses intestinales distendues; la main perçoit la sensation d'une rénitence tout à fait caractéristique, et jamais on ne trouve de matité absolue comme lorsqu'il s'agit d'un kyste.

Fibro-myomes. — Pour le diagnostic des tumeurs fibreuses, il faut considérer deux cas : ou la tumeur siége dans l'ovaire, où bien elle est dans l'utérus.

Les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont si rares qu'on peut les négliger; le diagnostic s'établira d'après le siége et la consistance. Celles de l'utérus

s'annoncent par un ensemble de signes qui ne permettent guère au diagnostic d'errer longtemps; la connexion intime de l'utérus avec la tumeur, les métrorrhagies répétées, la position élevée du col, sa consistance modifiée presque toujours par des espaces fibreux appréciables au doigt, le toucher rectal qui permet de s'assurer que le fibrôme se continue bien sans solution de continuité avec le corps de l'utérus, au moins par la face postérieure et le fond, permettent, sans parler du siége de la tumeur sur la ligne médiane, de sa forme globuleuse et régulière, de sa consistance dure quelque peu élastique mais jamais fluctuante d'écarter l'idée d'une affection de l'ovaire.

D'après cet exposé, il semblerait qu'il est toujours commode de se prononcer entre un kyste et une tumeur fibreuse; or, il est des cas où cela est fort difficile, pour ne pas dire impossible. Cependant l'utérus est, en général, atteint plus tardivement que l'ovaire, l'évolution des fibromes est ordinairement plus lente et sujette à des alternatives d'augmentation et de retrait, elle contraste avec la marche constamment progressive des tumeurs de l'ovaire.

Nous n'insistèrons pas sur le diagnostic entre la grossesse et la tumeur ovarienne, quoique beaucoup d'erreurs de ce genre aient été commises, car si l'on tient compte des signes physiques qui appartiennent en propre à la grossesse, et en particulier de l'état du col, et, en cas de doute, des bruits du cœur qu'il faut absolument avoir enten-

dus pour affirmer une grossesse, et qu'il sera quelquefois nécessaire de rechercher avec un soin extrême, on évitera de tomber dans l'erreur.

Grossesse extra-utérine. — Cette affection présente d'énormes et parfois d'insurmontables difficultés pour être reconnue. Un point de la plus haute importance est la suppression des règles qui aurait été notée 18 fois dans 18 cas par Ramsbotham, qui en a fait la communication verbale à Rauth. Cet auteur, sur 28 cas de grossesse extra-utérine qu'il a examinés, a observé 7 fois la suppression complète et 17 fois la suppression au début, durant un temps variable de deux à trois mois, mais alors avec hémorrhagie abondante due suivant lui, au décollement et à l'expulsion de la membrane caduque qui se forme dans la matrice même dans les cas de grossesse extra-utérine. Cependant, M. Caternault (1) a montré dans sa thèse inaugurale, que la chute de la membrane caduque est plus rare que ne le paraît croire l'auteur anglais, et que dans bien des cas elle ne tombe pas du tout.

Jusqu'au quatrième ou cinquième mois, la grossesse extra-utérine sera le plus souvent méconnue; alors la tumeur sera sentie par le vagin, par le rectum et à travers le paroi abdominale; l'introduction du doigt dans le rectum fera sentir parfois les parties fœtales.

Enfin, rarement le fœtus survivra au delà du troisième ou du quatrième mois, et alors il s'enkystera, ou bien il s'enflammera et se fera jour

(1) Caternault, thèse de Strasbourg, 1866.

par le rectum, par le vagin, ou s'ouvrira dans la cavité péritonéale.

A l'époque correspondant à l'accouchement on verra se produire, si le kyste ne s'est pas rompu précédemment ou ne s'est pas vidé au dehors par l'une des voies habituelles, des douleurs d'expulsion analogues à celles qu'on observe au moment de la délivrance.

Tumeurs du ligament large. — Donner un diagnostic différentiel de ces tumeurs serait entreprendre un travail qui dépasserait les limites de notre sujet. Nous nous contenterons d'indiquer leurs principaux caractères distinctifs, tout en faisant remarquer que l'étude complète de ces tumeurs est encore à faire aujourd'hui.

On aura la présomption que la tumeur siége dans le ligament large, si elle est peu mobile, et si elle semble fixée par sa base, ce qui se comprend par la disposition connue, les rapports et les insertions du ligament large. Cette présomption sera encore augmentée par ce fait que la tumeur présente plutôt une situation latérale, dans l'un des flancs et l'une des fosses iliaques, que médiane par rapport à la ligne blanche.

On sait que ces tumeurs ont pour point de départ l'un des canalicules du corps de Rosenmuller tapissé à l'intérieur par un épithélium à cils vibratiles.

Or, en examinant le liquide contenu dans l'un de

ces kystes, M. André y a parfaitement reconnu la présence de cet épithélium à cils vibratiles.

Ne serait-ce pas là un signe précieux de diagnostic puisque cet épithélium ne paraît pas avoir été signalé dans aucune autre tumeur ayant son siége près du ligament large ?

Tumeurs du mésentère. — Ces sortes de productions ont le plus ordinairement un siége plus élevé à l'origine; la tumeur débute, s'installe insidieusement, elle n'est d'abord sentie que d'une manière assez confuse, et elle refoule en avant les anses intestinales. Ce n'est que plus tard, lorsqu'elle a acquis un certain développement qu'elle arrive au contact de la paroi abdominale, refoulant peu à peu les anses intestinales qui sont au devant d'elle; jamais elle n'a présenté le même degré de mobilité que les kystes ovariques. Devenue plus grosse, elle n'offre que des mouvements très-peu étendus de latéralité, nuls de haut en bas, ou de bas en haut. On la trouve comme enchâssée au milieu de l'intestin d'où elle émerge. Les anses intestinales sont refoulées principalement dans les flancs et les fosses iliaques, et non pas en arrière le long de la paroi lombaire.

Par le toucher on s'assurera de la complète indépendance de la matrice, les culs-de-sac sont libres, et on ne sent la présence d'aucune tumeur dans la région des ovaires.

Tumeurs de la rate. — Les tumeurs qui naissent

de cet organe débutent très-haut et procèdent de l'hypochondre gauche, sous lequel elles s'engagent, vers la fosse iliaque du côté opposé. Leur accroissement est graduel et plus ou moins lent; la région de la rate est mate à la percussion, et cette matité se poursuit sans discontinuité avec celle de la tumeur au-dessous de laquelle on rencontre de la sonorité, à moins que la tumeur n'aille s'engager dans la cavité du bassin, ainsi que cela résulte du premier cas de M. Péan. Le toucher montre en outre que la cavité du petit bassin n'a pas été envahie, et il n'y a guère qu'à la période extrême que l'erreur peut se produire.

Par le palper il est habituellement possible de reconnaître en un point de sa surface tout le bord, ou une partie du bord tranchant. Ce dernier signe a la plus grande importance; il peut pourtant échapper, en cas d'inversion par exemple, ou dans l'existence d'un kyste développé sur la face externe.

Mais la marche de la tumeur de haut en bas, sa progression lente vers le bassin, les commémoratifs, et l'état général des malades, mettent ordinairement sur la voie du diagnostic. La sensation du hile de la rate, ainsi que nous l'avons perçue chez une malade du service de M. Péan, serait un signe pathognomonique de cet organe.

Tumeurs du rein. — Pour ce qui est des tumeurs du rein, l'erreur ne sera pas possible, tant que la tumeur siégera sur les côtés de la colonne lom-

baire, en arrière de l'intestin; il n'y aurait confusion qu'autant que la tumeur aurait acquis un volume considérable, mais bien avant ce moment les troubles qui se produisent du côté de la sécrétion urinaire viendront lever les doutes et l'examen histologique des urines, joint aux signes cliniques seront les meilleures adjuvants d'un diagnostic possible.

CHAPITRE VII.

PRONOSTIC.

D'après ce que nous avons dit de la marche et de la durée des kystes dermoïdes, il nous est aisé de voir que ces derniers ne partagent pas le pronostic si fâcheux des autres tumeurs kystiques de l'ovaire, qui se prolongent rarement, dit Spencer Wells, au delà de deux années. S'ils sont simples, non accompagnés de kystes séreux, ils s'accroissent en général d'une manière très-lente, et il restent parfois indolents. Mais si le développement du kyste est rapide, les désordres fonctionnels vont apparaître, et la vie sera compromise.

Par cela seul qu'ils sont congénitaux, les kystes dermoïdes font de plus jeunes victimes, non pas parce que les malades succombent plus tôt, mais

bien parce qu'à leur entrée dans la vie elles portent déjà en elles le germe de l'affection qui ne se fera sentir qu'après un temps variable.

Parmi les nombreuses complications qu'il y aura lieu de redouter, et qui viennent aggraver le pronostic signalons la péritonite, l'inflammation et la suppuration du kyste, l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, l'avortement, la difficulté et même l'impossibilité de l'accouchement, la mort par asphyxie ou par altération des grandes fonctions assimilatrices, la rupture du kyste, etc.

Le médecin devra donc avoir tous ces faits bien présents à l'esprit quand il aura à se prononcer sur la gravité de l'affection et sur l'utilité d'une intervention chirurgicale.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

Nous n'avons pas pour ces kystes dermoïdes à nous occuper du traitement palliatif ; il n'en existe réellement pas. Il ne viendra, en effet, à l'esprit de personne de proposer les ponctions répétées, les canules laissées à demeure, et moins encore les injections iodées, dans ces poches kystiques à con-

tenu épais, dense, concret, renfermant des parties solides et osseuses.

Le seul traitement qui puisse, selon nous, être sérieusement proposé est la gastrotomie, qui débarrassera la patiente de cette tumeur gênante par son volume, dangereuse par les troubles fonctionnels nombreux et progressifs qu'elle engendre.

Étant établi que le développement graduel mais continu de la tumeur expose la malade à tous les dangers que nous avons signalés, lorsque nous avons parlé de la terminaison ; qu'il n'y a plus lieu d'espérer que cette tumeur restera stationnaire, et qu'il est même possible de prévoir un danger prochain, l'opération de la gastrotomie est formellement indiquée, puisque c'est là le seul moyen de débarrasser la malade d'un fardeau dont les périls vont croissant chaque jour.

Un chirurgien prudent ne perdra pas un temps précieux dans l'expectation, il opérera de bonne heure, et augmentera ainsi considérablement les chances de la guérison. A quoi bon différer, puisque la tumeur suit une marche progressive, et que les complications sont pour ainsi dire en raison directe de son volume ?

Nous ne voulons pas dire cependant qu'un kyste dermoïde doive être opéré aussitôt qu'il a été reconnu ; nous savons trop bien que la gastrotomie est une opération à laquelle on ne se décide qu'après mûr examen, alors que la question se pose nécessairement entre une mort inévitable et plus ou moins prochaine, et la somme des probabilités que l'on a

d'arracher la malade au danger qui l'attend. Si la marche de la tumeur est lente, si la santé générale n'est pas menacée, si les fonctions digestives et respiratoires suivent leur cours normal, le médecin devra, en effet, se borner à l'expectation, surveiller l'état du sujet, se tenir prêt à intervenir aussitôt qu'il verra apparaître des troubles sérieux et inquiétants, et ne pas se montrer trop fidèle observateur de cette règle, *primum non nocere*, qui doit, en toute occasion, dicter sa conduite. Différer d'agir, quand il y a indication, c'est exposer la patiente à un péril inévitable, lui faire perdre ainsi de nombreuses chances de salut, et compromettre gravement le succès d'une opération à laquelle on se verra contraint plus tard, sur les prières de la malade et les instances répétées de sa famille, et que l'on tentera quelque fois *parce qu'il le faut*.

Nous savons déjà, par l'analyse des faits que nous avons rapportés, que les adhérences de la tumeur, lorsqu'elles deviennent considérables, sont une cause d'insuccès; or, temporiser trop longtemps, n'est-ce pas précisément donner le temps aux adhérences de se former, de s'étendre, et rendre ainsi plus grandes les difficultés de l'opération, tout en aggravant le pronostic final? Nous pensons même que cette conduite doit devenir la règle d'une intervention chirurgicale.

En effet, cette opération, si redoutée jadis, de l'ouverture du ventre, a ses indications si précises ses règles si bien tracées, qu'elle n'est pas aujourd'hui une opération plus redoutable que tant d'autres que

nous voyons chaque jour pratiquer à l'amphithéâtre.

Nous irons même plus loin, et nous dirons qu'il est des cas presque désespérés où le chirurgien, sollicité, pressé par la patiente et sa famille, sera encore autorisé à intervenir, s'il juge qu'il y a néanmoins quelques chances pour celle-là d'être sauvée, On a vu de ces cas où la mort semblait imminente et où cependant l'opération a été suivie de succès, ainsi que nous l'avons noté dans plusieurs de nos observations.

Du reste, la statistique qui résulte des quinze observations que nous avons réunies et auxquelles nous pouvons en ajouter neuf autres prises dans la statistique de Spencer Wells, vient fournir un grand appui à notre manière de voir, puisqu'elle nous donne 3 morts sur 24 opérations de kystes dermoídes:

	Guérisons.	Insuccès.
8 cas (Péan).....................	7	1
9 cas (S. Wells).................	9	
1 cas (Terrier)..................	1	
1 cas (Polaillon)................	1	
1 cas (Liégeois).........		1
1 cas (Giraldès).................		1
2 cas (Kœberlé)..................	2	
1 cas (Th. Anger.................	1	
Total.......	21	3

Le traitement de ces tumeurs dermoïdes par la gastrotomie offre donc un pronostic bien moins grave que quand il s'agit de kystes séreux uniloculaires ou mixtes. La moyenne des insuccès est

environ de 12 p. 100, tandis que la mortalité est deux fois plus considérable pour les autres tumeurs kystiques de l'ovaire, ainsi que nous le montrent les statistiques suivantes :

	Mortalité.
Péan............................	23 p. %
Spencer Wells....................	28 p. %
Atlee............................	30 p. %
Kœberlé..........................	33 p. %

Les trois insuccès que nous avons notés ont été dus, l'un au tétanos survenu le neuvième jour, alors que la guérison était en bonne voie ; les deux autres à une péronite généralisée. Encore devons-nous faire remarquer que l'un de ces kystes contenait un liquide purulent au moment de l'opération et que c'est là un fait, nous le savons, exceptionnel, mais de très-mauvais augure.

A quelle cause attribuer cette bénignité relative d'un traitement aussi actif? C'est qu'il ne s'agit plus là, selon-nous, d'un produit pathologique exerçant un influence funeste sur l'économie qui se trouve profondément atteinte. Le kyste dermoïde est formé d'éléments normaux, anormalement développés dans l'ovaire ; il joue ainsi le rôle d'un corps étranger, dont la nature ne demande, en quelque sorte, qu'à être débarrassée. En outre la paroi de ces kystes contient un assez petit nombre de vaisseaux, et son extirpation donnera lieu moins fréquemment à une inflammation générale consécutive.

C'est pourquoi nous conseillerons de faire toujours la ponction du kyste qui peut, dans le cas de kyste

dermoïde, nous renseigner sur la nature du contenu, et sur le peu de gravité de l'opération.

Voyons enfin quelle serait la conduite à tenir en présence d'une grossesse survenant chez une femme atteinte de kyste dermoïde. En pareil cas, Spencer Wells et Goddow ont pratiqué cinq fois la gastrotomie et la grossesse a suivi son cours normal. Les faits observés sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer avec hardiesse.

C'est à l'expérience de décider s'il vaut mieux avoir recours à ce procédé, qu'a celui qui consiste à pratiquer l'avortement, sacrifie l'enfant, met en péril les jours de la mère et laisse la tumeur continuer de s'accroître.

Les nombreuses guérisons obtenues dans ces dernières années par MM. Péan, Labbé à Paris, par Kœberlé à Strasbourg; par Baker-Brown et Spencer Wells en Angleterre, nous dispensent de nous étendre longuement sur la gravité plus moins grande de cette opération que Velpeau, lors de la célèbre discussion qui s'éleva en 1866 à l'Académie de médecine, à propos de l'extirpation des ovaires, jugeait « être affreuse, et devait être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles,» et que Moreau rangeait parmi les attributions des exécuteurs des hautes œuvres.

Cazeaux seul se fit le défenseur de cette opération qui a trouvé en France un grand nombre de partisans, et dont les excellents résultats ne sont plus mis en doute aujourd'hui par personne.

Chez nos quinze malades, traités par la gastro-

tomie, nous avons pu voir que la guérison, ne s'est pas fait attendre longtemps, et qu'elle a été complète entre le vingt-cinquième et le trentième jour qui a suivi l'opération.

Cette statistique est suffisamment éloquente pour que nous puissions terminer notre travail, en affirmant que la gastrotomie est une opération que l'on doit appliquer dans le plus grand nombre des cas.

Elle est une récente conquête de la chirurgie moderne, si riche déjà, et les succès incontestables qui viennent chaque jour accroître son actif, témoignent hautement de l'avenir qui lui est réservé.

CHAPITRE IX.

OBSERVATIONS.

Aux huit observations que nous a communiquées M. Péan, et qu'à rédigées notre ami le Dr Barrault, nous avons joint toutes les opérations de gastrotomie que nous avons pu trouver dans les différents recueils périodiques, et qui ont été faites dans ces dernières années. Leur nombre s'est élevé à 22. Nous avons en outre cru devoir faire passer sous les yeux du lecteur un certain nombre d'autres observations très-intéressantes de kystes dermoïdes, pour lesquels aucune opération n'a été tentée, mais

qui nous ont fourni de très-utiles renseignements, lorsque nous avons eu à traiter de la symptomatologie de ces tumeurs.

Obs. I. — Enorme kyste dermoïde de l'ovaire gauche; pas d'adhérences pariétales, adhérences épiploïques en arrière; ligature en massse et excision d'une portion d'épiploon saignante. Guérison. (Péan, inédite.)

Mlle L., de Rubelle-Saint-Prix (Seine et Oise) 12 ans et demi, paraît bien développée pour son âge, blonde, un peu lymphatique.

Il y a deux ans au moins, et peut être trois ans, que l'on reconnut pour la première fois qu'une tumeur distendait l'abdomen de la petite malade. Elle occupait alors exclusivement la moitié droite du ventre, remplissant le flanc et se prolongean du côté du bassin et de l'hypochondre. Cette tumeur d'après les renseignements donnés, paraissait dure, charnue, non fluctuante.

Depuis deux ans, la tumeur s'est rapidement et considérablement accrue. L'enfant fut soumise à l'examen de divers médecins et chirurgiens des hôpitaux. Les uns émirent l'opinion qu'il pouvait s'agir d'un cancer colloïde; les autres d'une tumeur sarcomateuse. La consistance de la tumeur faisait sans doute écarter la pensée d'une tumeur kystique. Pourtant, au commencement de l'année de 1876, cette dernière opinion fut mise en avant par un médecin très-distingué de l'hôpital des Enfants. Aussi, le volume du ventre étant devenu énorme, la respiration, la circulation et la digestion très-gênées, ce dernier proposa-t-il de tenter une ponction. Cette proposition fut agréée, la ponction faite, mais aucun liquide ne s'écoula par la canule du trocart. Ce praticien très-éclairé ne défendit pas davantage son diagnostic et se rangea au diagnostic de cancer colloïde, qui avait été mis en avant par un chirurgien fort habile.

Quelque temps après, le volume du ventre ayant continué à s'accroître, les fonctions étant de plus en plus gênées, et, malgré cela, l'enfant conservant une apparence de santé générale qui faisait repousser l'idée d'une cachexie cancéreuse, la fluctuation et même le flot devenant de plus en plus facilement perceptibles

en certains points de la tumeur, le médecin traitant, le Dr Recullez (de Saint-Leu-Taverny), appela M. Péan en consultation.

Celle-ci eut lieu en 1876. Par suite de la compression exercée par la tumeur, l'enfant avait la face rouge et congestionnée, et non le teint terreux. L'appétit était conservé, les digestions assez bonnes; la respiration était très-courte et haletante, le pouls très-fréquent, mou et fort petit. La jeune malade était énorme; tout le tronc véritablement globuleux, au niveau de la cavité abdominale, les membres très-maigres et très-grêles; le thorax était complètement déformé, les fausses côtes, luxées, étaient rejetées en dehors et devenues perpendiculaires à la colonne vertébrale; la cage thoracique, évasée à sa base, de façon à s'étaler sur la surface de l'énorme tumeur, se retrécissait brusquement par en haut pour former un cône très-irrégulier.

La surface du ventre était uniformément dure, tendue, globuleuse sans bosselures. Les veines des parois abdominales, très-dilatées, assuraient une circulation complémentaire très-importante. La tumeur était fluctuante dans presque toute sa surface; la sensation de flot se transmettait nettement à travers son épaisseur.

La tumeur partait du fond du bassin et remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde, qu'elle repoussait fortement en avant en lui faisant faire une forte saillie; elle s'engageait profondément sous l'un et l'autre hypochondre, en luxant les fausses côtes, et distendant les cartilages costaux comme il a été dit; elle refoulait de même les deux ou trois premiers arcs costaux du thorax en lui imprimant la direction inclinée et la forme évasée signalée plus haut.

M. Péan, ne doutant pas qu'il ne s'agît d'une tumeur kystique, tenant compte de l'état de la petite malade qui était sous le coup d'une suffocation imminente, proposa la ponction. Il y voyait en outre le moyen de se renseigner, non sur l'état du contenu, ce point ne faisait plus de doute, mais sur la nature de la tumeur. Cette proposition ayant été acceptée par le médecin et par la famille, on la mit à exécution aussitôt.

La ponction fut faite en présence de MM. les Drs Recullez et Barrault. Elle donna issue à 20 litres d'un liquide séreux, brun foncé. Quand tout écoulement eut cessé, il restait, dans le flanc droit, une masse volumineuse, de consistance solide, à surface présentant de grosses bosselures, rappelant assez bien au palper les masses aréolaires de certains kystes ovariques. Mais, en

regardant de plus près le liquide obtenu, on reconnaissait à sa surface de petites gouttelettes de matière graisseuse et de petits grumeaux d'un blanc gris, offrant tous les caractères de la matière sébacée contenue dans les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Tenant compte de l'apparence générale de la malade, de son âge, du mode de développement suivi par la tumeur, de la nature du liquide recueilli et de la présence de la matière grasse liquide et en grumeaux, M. Péan émit l'avis qu'il devait s'agir d'un kyste dermoïde. La possibilité d'extraire la tumeur par la gastrotomie fut un instant agitée avec le Dr Recullez, mais tout fut laissé dans le vague, sur ce point.

Le kyste se remplit assez vite. Quatre fois, par la suite, M. Recullez dut recourir à la ponction, sous peine de voir étouffer la malade. La dernière avait eu lieu fin novembre.

En janvier 1877, la famille de l'enfant vint demander à M. Péan de recourir à la grastrotomie. La petite malade était alors pâlie et très-maigrie ; le pouls était devenu presque filiformé, très-mou et extrêmement fréquent. Le ventre était si distendu qu'il fallut pratiquer une sixième ponction dans la semaine qui précéda l'opération, qui eut lieu le 25 janvier 1877, au couvent des Dames-Augustines, 29, rue de la Santé.

Opération. — Après anesthésie chloroformique, incision des parois abdominales dépassant l'ombilic de 8 à 10 centimètres. La tumeur n'adhère au péritoine pariétal, ni en avant, ni sur les côtés. Au contraire, toute la face supérieure et antérieure est coiffée par le grand épiploon qui y est étalé et complètement adhérent. Il est parcouru par des vaisseaux nombreux plus gros qu'une plume de corbeau. Dans le flanc droit, la fosse iliaque du même côté et la cavité pelvienne, une masse dure, solide, à grosses bosselures, avec quelques espaces kystiques. Tout le reste de la tumeur est formé par une vaste poche fibreuse qui remplit l'épigastre, les hypochondres, la moitié gauche de la cavité abdominale, comble toute la cavité pelvienne, dans laquelle elle s'engage profondément, et vient faire un gros relief en avant.

Cette masse kystique est en réalité formée de plusieurs loges. On ponctionne une première loge : liquide séreux brun; puis une deuxième : liquide visqueux incolore, comme du sirop de sucre. Alors, on attire un peu la tumeur au dehors et on l'éventre largement : écoulement total d'une douzaine de litres de liquides d'apparences variées. Naturellement la masse solide n'avait subi aucune réduction.

En raison de l'étendue et de la vascularité des adhérences épiploïques qui occupaient la face supérieure de la tumeur, on ne pouvait songer à en faire l'extraction de haut en bas et d'arrière en avant, comme on le fait ordinairement. On procède à l'inverse, dégageant d'abord la partie pelvienne, de la fosse iliaque droite vers l'hypochondre gauche. On amène ainsi l'énorme poche au dehors. On recherche le pédicule, on le rencontre se dirigeant vers l'ovaire gauche; il est long et grêle. On le lie, puis on excise le kyste au-dessus de la ligature. Alors on soulève un peu la tumeur et on la renverse du côté droit. Cette manœuvre a pour but de permettre de décoler le grand épiploon, adhérent, en procédant d'arrière en avant, de sa base vers son bord habituellement libre et flottant. Ce décollement ne se fait pas sans que la toile séreuse ne subisse de nombreuses éraillures, ni que plusieurs vaisseaux veineux qui parcourent sa trame ne soient lésés. Aussi on saisit dans une ligature en masse toute cette portion éraillée et saignante, on serre le fil et on excise toute la portion épiploïque qui est au-dessous.

Aucun liquide ne s'est écoulé dans le ventre, l'opération est terminée. Il ne reste qu'à former la suture des parois. On place entre les lèvres de la plaie le moignon de la surface épiploïque sectionné, tout au voisinage du pédicule kystique.

Suites. — A part les trois premiers jours pendant lesquels le pouls, toujours petit et mou, se maintient fort élevé (de 120 à 130) tout se passe fort simplement. L'appétit revint vite et se soutint avec activité. Les forces ne déclinèrent pas, quoique la malade eut sensiblement maigri à partir du 8e jour. Au commencement du troisième jour, toutes les épingles de la suture avaient été retirées. On les avait remplacées par une suture sèche, collodionnée. Guérison complète le 13 février.

Examen de la tumeur. — Poids de l'enveloppe kystique vidée et de la masse solide : 5,500 grammes. La portion kystique contenait plusieurs grandes loges et quelques espaces aréolaires. La portion solide contenait dans son épaisseur de nombreuses cavités kystiques fort irrégulières; quelques espaces de structure aréolaire.

En plus grand nombre et disséminées sans ordre une grande quantité de masses de matière sébacée, épaisse, dense, grasse et visqueuse, ayant le volume d'une noix, d'un œuf, d'une pomme paraissant complètement emprisonnées dans une cavité particulière et close.

Enfin, disséminées dans toute la masse solide, des productions cartilagineuses et osseuses.

Parmi les pièces osseuses que nous avons rencontrées, aucune d'elles ne peut être ramenée à un type normal ; nous avons compté 16 grosses et petites molaires et 2 canines; les incisives font défaut.

Examen histologique fait par MM. André et Coupat. — Les diverses coupes pratiquées sur les morceaux de la tumeur qui nous ont été remis par M. Cousin, ont eu pour but d'étudier les parties qui, à l'œil nu, représentaient la peau et ses annexes, les poils, les dents, les os, et des parties molles et de consistance très-variable.

La peau est réduite, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte, à une couche, pour ainsi dire rudimentaire (1). Les cellules cornées, même à un grossissement considérable (400 diamètres) sont, ainsi que les cellules de la couche intermédiaire, constituées par quelques éléments superposés et défigurés ui, de prime abord, donnent l'aspect de fines granulations.

Aucune de ces cellules ne se gonfle par la potasse concentrée. Un examen attentif permet de reconnaître que ces granulations sont disposées dans un certain ordre, et ont appartenu à des éléments épithéliaux dont l'évolution n'a pas été régulière. La couche plus profonde, celle des cellules cylindriques, offre une organisation plus sérieuse.

Les cellules sont généralement bien disposées; les profondes ont de 2 à 4 μ (1) de longueur et sont assez régulièrement cylindriques ; les plus superficielles tendent à prendre une forme arrondie, toutes ont un noyau très-pâle qui se gonfle dans l'acide acétique. Dans aucun cas on ne trouve de cellules engrenées par leur périphérie.

Le derme renferme une portion papillaire très-mal développée.

Cependant (A) dans certains points on trouve des rudiments de papilles, dans lesquelles l'examen le plus minutieux ne saurait faire découvrir des vaisseaux ou des nerfs.

Au-dessous de cette couche, quand elle existe, ou des cellules cylindriques, on voit une autre couche de tissu conjonctif, formé de petits faisceaux ou de fibres très-fines, mélangés de

(1) Ce signe μ, représente le millième de millimètre.

rares cellules rondes et sans prolongements, et de fibres élastiques, le tout entre-croisé et formant un feutrage très-résistant. Dans cette couche épaisse par places, on rencontre de rares follicules pileux (B), des glandes sébacées très-hypertrophiées (2), peut-être quelques rudiments de glandes sudoripares, et, çà et, là de rares fibres musculaires lisses confondues avec le tissu conjonctif ambiant dont il est très-difficile de les isoler, et enfin des vésicules adipeuses disposées par groupes.

Poils. — Il nous a été impossible de découvrir un seul follicule pileux régulièrement conformé, et même dans les follicules les mieux développés n'avons-nous pu trouver de papille.

Dans les poils les plus gros, soumis à l'action de la soude, on pouvait distinguer, par place, quelques lamelles de l'épiderme du poil; seules les fibres cellules de l'écorce étaient assez bien visibles dans nos préparations. Dans les gros poils se trouvaient disséminées des granulations jaunâtres, que l'éther ne dissolvait pas et qui ne dépassaient jamais la limite d'émergence du poil hors de l'épiderme. Ces poils sont cylindriques ou coniques.

Glandes sébacées. — Ces glandes (2) sont formées par un certain nombre de culs-de-sac qui refoulent le tissu conjonctif qui les entoure et sont remplis de grosses vésicules renfermant un liquide parsemé de fines granulations solubles dans l'éther. Ici encore, il est extrêmement difficile de trouver des épithélium non défigurés.

Ces glandes sébacées sont nombreuses et soulèvent légèrement la peau, dans les points où leur nombre est le plus considérable : leurs canaux excréteurs n'existent pas. Dans une ou deux de nos coupes, la disposition de certaines glandes est telle que nous pensons que la figure qu'elles offrent doit se rapporter à celle des glandes sudoripares. Elles sont plus profondément situées que les autres, présentent dans certains points un aspect glomérulaire, mesurant 30 à 40 centièmes de millimètres, enfin présentant un rudiment du canal excréteur que nous n'avons pu, il est vrai, suivre jusqu'à l'épiderme.

Vésicules adipeuses. — Elles sont très-considérables comme volume, et se composent d'une membrane d'enveloppe sans noyau appréciable. Les unes contiennent un liquide jaunâtre, fluide, quand la vésicule s'écrase; les autres renferment un liquide gélatineux, blanchâtre, non diffluent; dans aucune

d'elles nous n'avons rencontré de cristaux de margarine. Dans quelques points examinés à l'état frais, ces pelotons jaunâtres, diffluents, renfermaient des granulations solubles dans l'éther, animées d'un mouvement brownien, et des cristaux de cholestérine mal conformés.

Au-dessous de toutes ces couches, on rencontre dans quelques-unes de nos coupes des travées osseuses (4).

Ces travées, irrégulièrement découpées, sont parcourues par de larges canaux, renfermant des cellules de la moelle et quelques vaisseaux très-petits soutenus par un tissu conjonctif très-fin. La substance fondamentale est striée par place, granuleuse ailleurs, et se colore bien par le carmin.

Les corpuscules osseux sont généralement larges et longs (20 à 50 + 10 à 15) et pourvus de canalicules. Ils renferment presque tous, une cellule colorable par la purpurine. Ces corpuscules (6) se disposent autour des canaux de Havers, comme dans les os longs normaux.

Notons pourtant que cette disposition est extrêmement rare ; le plus souvent les corpuscules sont agencés de manière à donner des lignes parallèles. Ils sont très-nombreux au voisinage du tissu fibreux au milieu duquel sont placées les travées osseuses. Ces travées sont séparées du tissu fibreux colorable par le carmin par une bande de tissu conjonctif très-dense, se colorant peu ou pas, et réunies au tissu de l'os lui-même par de fines expansions. Les prolongements des corpuscules nous ont paru faire défaut complétement au niveau de cette bande.

Enfin, immédiatement au-dessous des travées, on voit encore des vestiges (7) de fibres musculaires striées, en pleine dégénérescence.

Ces fibres musculaires sont réduites à un myolemme garni de noyaux dont le carmin révèle la présence : autour de ces noyaux on trouve quelques fines stries analogues à celles que l'on rencontre sur toutes les fibres musculaires en voie de dégénérescence.

Ici, comme dans toutes les fibres musculaires avoisinant les tumeurs, nous nous trouvons en face d'altérations que l'on peut diviser en deux groupes distincts.

1° Altérations qui sont parvenues à leur summum d'intensité et qui ont pour résultat la dégénérescence complète de l'élément fondamental musculaire, avec possibilité de régénération nouvelle (sarcome et ses variétés).

2° Altérations fournies par des éléments qui, n'étant point

arrivés à leur période ultime de développement, donnent lieu à des produits complexes *a priori*, mais incapables de subir des métamorphoses ultérieures. Dans le premier cas les fonctions organiques pourront encore s'accomplir, et la régénération des éléments avoir lieu (productions normales ou pathologiques). Dans le second, la vie est détruite et les éléments quels qu'ils soient, même placés dans un organisme actif, tendront de plus en plus à se détruire ; c'est-à-dire à subir les différentes métamorphoses ou régressions connues et décrites en histologie.

Dents. — Les coupes que nous avons pratiquées sur les productions dentaires contenues dans ce kyste de l'ovaire, nous montrent que l'émail est assez régulièrement constitué, et forme à la périphérie supérieure de la dent une couche composée de prismes de 2 à 5 μ. : Ces prismes sont allongés, irréguliers. Isolés par l'acide chlorhydrique étendu, ils sont terminés en pointe, et présentent des stries plus ou moins éloignées les unes des autres. Toutes sont accolées entre elles, sans interposition de substance intermédiaire et sans cavité appréciable, et affectent une diposition parallèle. Nous n'avons pu isoler ou trouver sur nos coupes la cuticule de l'émail décrite par les auteurs, même en nous servant d'acide acétique concentré, d'acide chlorhydrique, de potasse ou de soude. Au-dessous de cette première couche, on en rencontre une seconde formée de cellules munies de prolongements, dont le nombre peut-être évalué à 2 ou 3 : le corps de ces cellules est généralement ovale, avec ou sans noyau ; il est garni de prolongements que nous avons pu suivre jusqu'à la face interne de la couche de l'émail. Dans aucun cas nous n'avons pu suivre ces prolongements au delà de la limite que nous venons de leur assigner. Quelques-uns des prolongements sont larges et granuleux. Au-dessous de cette couche des cellules de la dentine, tout l'intérieur de la dent est rempli par une masse de tissu conjonctif sillonné de vaisseaux à parroi embryonnaire. Cette masse représentant le bulbe dentaire est formée de cellules altérées, séparées entre elles par de minces tractus conjonctif.

Au résumé, l'analyse des productions contenues dans ce kyste nous montre non-seulement une série d'éléments différenciables les uns des autres, mais encore une serie d'éléments qui paraissent s'être tous arrêtés à une certaine période de leur évolution.

Obs. II. — Kyste dermoïde uniloculaire de l'ovaire gauche. adhérences avec l'épiploon. Gastrotomie. Guérison (Péan, inédite).

Mme L.., 35 ans, a toujours été bien réglée et a eu deux bonnes grossesses. Menstruation régulière. Est atteinte depuis plusieurs années d'une tumeur abdominale, n'occasionnant aucun trouble du côté des voies digestives ou respiratoires, mais gênant la circulation des membres inférieurs qui sont le siége de varices volumineuses et souvent douloureuses. Les jambes sont souvent atteintes de phlébites partielles qui condamnent la malade à un repos absolu. La tumeur s'est développée graduellement, et par son volume actuel cause une constipation très-opiniâtre.

Etat actuel. — Abdomen très-distendu la tumeur ne dépasse guère l'ombilic que de quatre travers de doigt. Par le palper, on sent qu'elle est assez régulièrement arrondie et que sa surface est unie, sans bosselures. Par suite du volume encore médiocre de la tumeur, les plans musculaires qui forment les parois ont conservé au toucher une certaine mollesse. On les déprime facilement ; il est aisé de les former en un gros pli entre les doigts. Il n'y a donc pas d'adhérences sur cette surace. En certains points, et principalement sur les côtés, la tumeur est assez molle et manifestement fluctuante ; au contraire, vient-on à exercer une pression sur la partie médiane du kyste, la fluctuation fait défaut, et les doigts rencontrent une résistance qui n'est pas celles que donnerait un corps complétement dur. On éprouve comme une sensation d'empâtement profond qui se prolonge dans le sens vertical, un peu plus du côté droit de l'abdomen que du côté gauche et parallèlement à la ligne blanche sur une longueur de 6 à 8 centimètres. Du reste, matité sur toute la surface de la tumeur; sonorite exagérée en haut et au-dessous de l'épigastre ; pont sonore entre le bord inférieur du foie qui ne déborde que peu les fausses côtes droites, et l'arc terminal et supérieur de la tumeur de ce côté.

Le toucher vaginal fait reconnaître un col utérin normal ; le corps du même organe, mobile en tous sens, paraît indépendant de la tumeur qui ne proémine pas très-bas dans l'excavation pelvienne. Au moyen du doigt, profondément engagé dans les culs-de-sac, on croit pouvoir reconnaître une insertion du côté gauche.

De ces signes, M. Péan, conclut à l'existence d'une masse kystique très-probablement développée dans la région ovarique gauche, et non adhérente, tout au moins par sa face inférieure. Mais quelle significatisn attribuer à la zone comme empâtée dont il a été parlé? S'agit-il de loges kystiques secondaires emboîtées et contenues dans une loge principale? Est-ce une production d'autre nature? Le chirugien avoue ne pouvoir se prononcer sur ce point.

L'opération que la malade est venue réclamer, sur les conseils de son médecin, réunit, quoi qu'il en soit, les chances les plus favorables.

Opération le 3 *mars* 1874. — Incision, du pubis à 4 centimètres de l'ombilic; parois peu vasculaires. Le péritoine pariétal est en parfait état, et après qu'il a été incisé, la tumeur vient saillir entre les lèvres de la plaie abdominale. Elle est d'un blanc nacré, paraît assez épaisse et résistante.

Aucun liquide ne s'écoule par la canule du trocart, mais on voit s'échapper entre ce tube et la paroi kystique ponctionnée une grosse goutte d'une substance épaisse, grasse, d'un jaune clair, d'une couleur et d'une consistance assez analogue à celle du beurre légèrement ramolli.

Le trocart étant retiré on attire avec de fortes pinces la paroi du kyste au dehors, et on l'incise sur une certaine étendue. Un peu de matière sébacée s'écoule en bavant, et en même temps se précipite une sérosité d'un jaune légèrement verdâtre, rendue un peu louche par ces globules de graisse. Il en coule environ 2 litres, mais cet écoulement se fait mal. Le corps obturateur est un énorme faisceau de cheveux blonds, bien développés, imprégnés et réunis par de la matière sébacée, et formés en un gros paquet. On saisit avec des pinces, et on attire cette grosse mèche qui a le volume de quatre doigts réunis, et une longueur de plus de 25 centimètres; elle adhère en un point de la paroi kystique, et il est nécessaire d'employer les ciseaux pour la détacher de sa surface d'implantation.

La matière sébacée s'écoule alors plus facilement, bien qu'elle soit très-épaisse ; elle a partout même consistance, même couleur, adhère aux doigts, s'étale comme du beurre, mais est moins fusible. L'écoulement s'arrête encore une fois et reconnaît pour cause une autre touffe de cheveux absolument semblable à la première et qu'il faut aussi exciser.

Au moment où le chirugien fait basculer le kyste pour l'at-

tirer en dehors de la cavité péritonéale, on s'aperçoit que sa partie supérieure a contracté, sur une étendue arrondie, et égale à une pièce de 5 francs, une adhérence assez solide et très-vasculaire, que l'on décolle avec soin, et sur la partie saignante de laquelle on place quatre pinces que l'on laisse à demeure jusqu'à la complète fermeture du ventre.

La pédicule du kyste vient de l'ovaire gauche; au moyen d'éponges on retire du ventre une assez faible quantité de liquide ascitique. La quantité de sang échappée des vaisseaux pendant le cours de l'opération est à peu près nulle. L'opération avait duré 1 heure et quart. Fièvre assez forte durant les cinq premiers jours, pouls 116 et 124 pulsations, faiblesse très-grande.

Peu à peu la malade s'alimente, les forces se relèvent et la malade sort du lit le 18e jour.

Le 26e jour elle se trouve assez bien rétablie pour quitter la maison de santé. Nous avons eu de ses nouvelles le 25 juillet 1877; la santé est excellente, et la malade n'a plus jamais souffert de phlébite.

Obs. III. — Double kyste dermoïde de l'ovaire gauche, adhérences nombreuses à l'utérus, la vessie et l'épiploon. Gastrotomie. Guérison.

Mme Lafioure, 46 ans, née en Hollande, mère de deux enfants âgés de 18 et 16 ans, n'a jamais eu de fausse couche. Depuis six ans environ, douleurs dans les deux côtés de l'hypogastre, dans les régions lombaires et revenant par crises d'une violence extrême.

En 1865, accidents de péritonite pelvienne circonscrite se reproduisant à divers intervalles, et augmentation consécutive du ventre. Au mois de novembre 1866, vu le développement si considérable du ventre, on porte le diagnostic cirrhose. La malade abandonnée, affaiblie, émaciée, n'attend plus que la terminaison funeste qui la menace.

En décembre 1866, M. Péan trouve la malade dans un état de faiblesse extrême; pouls petit, faible, extrêmement fréquent, respiration anxieuse.

A l'ombilic, une saillie large, volumineuse, assez régulière, était recouverte par la peau près de se rompre, et laissant facilement apprécier la présence d'anses intestinales flottant au milieu d'un liquide répandu dans la cavité abdominale. Circonfé-

rence de l'abdomen 1 m. 38. Œdème des extrémités inférieures.

Au niveau du flanc gauche on constate une masse mobile dure, et située profondément. Hernie ombilicale très-apparente. Au toucher, l'utérus est mobile, dévié du côté gauche, abaissé et accolé à deux tumeurs nettement circonscrites faisant une saillie bien limitée au fond du vagin.

Opération. — Incision des pubis à une faible distance de la hernie; écoulement de liquide ascitique 10 litres environ. Apparition d'une masse jaunâtre, bosselée, qui laisse écouler à la ponction, une matière jaunâtre, épaisse, mélangée de fragments d'os et de poils longs et enroulés sur eux-mêmes. L'incision de la tumeur permet d'attirer au dehors les débris d'un fœtus extrêmement altéré, et dont le squelette incomplètement formé, était plongé au milieu d'une quantité considérable de graisse et de sanie purulente, contenant des poils enchevêtrés ensemble. Le volume de la partie aréolaire ne lui permet pas de glisser entre les lèvres de l'incision, mais comme le kyste porte à sa périphérie un certain nombre de kystes secondaires, on les ponctionne successivement, et la partie ainsi réduite peut sortir en bloc par l'ouverture de la paroi.

La tumeur était reliée au ligament large du côté gauche, à la partie supérieure de la vessie et à plusieurs anses d'intestin, par des brides longues, étroites et vasculaires.

En procédant à l'épuisement du liquide ascitique on découvre une seconde tumeur coiffée par l'épiploon, hypertrophié et si adhérent qu'on ne peut le détacher. La masse épiploïque est donc divisée et comprise par portions entre plusieurs ligatures. On constate alors que l'un des deux pédicules de la première tumeur, celui qui était le plus vasculaire, s'épanouissait sur la partie la plus déclive de la face antérieure de la seconde tumeur complètement immobile. Ce pédicule est sectionné entre deux ligatures et cautérisé, mais la tumeur n'en reste pas moins tout à fait immobile, et par la main on découvrait alors facilement qu'elle adhérait par une large base à l'utérus, à la vessie, au rectum et à toute l'étendue du péritoine. Elle était sans pédicule et formée d'une seule poche, au milieu de laquelle on sent des parties solides et résistantes. La ponction avec un faible trocart laisse écouler une matière qui ressemble à du pus. L'incision de la paroi kystique est indiquée et l'on trouve un liquide purulent, mélangé de graisse, contenant les débris d'un

fœtus du même âge que le premier; des os altérés dans leur forme étaient mêlés à des pelotons de cheveux enroulés, et quelques-uns adhérents à la paroi interne du kyste.

Au moyen d'écraseurs courbés sur le plat, en allant successivement de l'intérieur à l'extérieur du kyste, et ayant soin de n'intéresser que lui, on put écraser, sectionner et cautériser ensuite toutes les parties du kyste alimentées par les nombreux vaisseaux contenus dans les adhérences; on ne laissa ainsi que trois ou quatre ligatures dans la cavité pelvienne. Cette partie laborieuse de l'opération avait demandé une heure et demie.

On ferme le ventre par le procédé habituel, mais on abandonne les pédicules cautérisés dans la cavité abdominale.

A la fin de la première journée P. 80, respiration facile, ventre souple. Un peu de bouillon. Nuit calme.

Les deuxième et troisième jours ne présentèrent rien de particulier, le pouls battait 88 pulsations. Miction et défécation libres. Apparition des menstrues qui avait eu lieu régulièrement quelques jours avant l'opération.

Quatrième jour. Réunion complète de la plaie abdominale.

Le dixième jour la malade prend des aliments solides, et se lève le douzième jour pendant le temps nécessaire pour faire son lit, et bientôt la guérison fut complète.

La malade fut revue deux mois et demi après l'opération, elle avait pu reprendre ses occupations,

(Péan, *Union médicale* 1859, nos 125 et 126.)

Obs. IV. — Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, adhérences fibreuses avec le péritoine pariétal. Gastrotomie. Guérison. (Péan, inédite.)

Madame Ricqueb...., boulevard Saint-Germain, Paris, est âgée de 42 ans. Embonpoint médiocre, a eu deux enfants. Début indéterminé; la tumeur a été reconnue il y a huit ans.

Etat actuel. — Le ventre est plus gros que dans la grossesse à terme; il est régulièrement globuleux, sans bosselures, ni nodosités; la circulation complémentaire est peu marquée, fluctuante, mais le bruit de flot est peu intense. La tumeur est bien symétrique, occupe la ligne médiane; parois minces et peu mobiles; pas d'ascite.

Par le palper il semble que la tumeur se dirige par sa partie

inférieure profonde dans la région de l'ovaire gauche, mais on ne peut acquérir de certitude à cet égard.

Le toucher vaginal indique un utérus mobile et indépendant de la tumeur ; le col est normal ; les culs-de-sac sont libres.

Diagnostic : kyste uniloculaire probablement de l'ovaire gauche.

Opération le 30 *novembre* 1876. — Incision remontant à deux centimètres au-dessus de l'ombilic à cause du volume considérable de la tumeur. On ponctionne le kyste, et il s'en écoule un liquide jaunâtre, de consistance crémeuse (12 litres). Des adhérences générales existent entre la face antérieure du kyste et le péritoine pariétal ; elles sont fibreuses, comme cornées, ramollies, se laissent rompre facilement et se détachent en feuillets comme par une véritable déhiscence.

En arrière et à droite la tumeur a encore contracté des adhérences avec l'épiploon qui est parcouru par des veines de la grosseur d'une plume de corbeau. Décollées ces dernières adhérences saignent et nécessitent l'application de cinq pinces. Le reste de l'épiploon est sain, non hypertrophié, sans surcharge graisseuse; il est même remarquablement petit. Tous les viscères, et principalement l'estomac et le côlon paraissent, entraînés par en bas.

Pas d'adhérences intestinales ou pelviennes. Le pédicule de la grosseur du pouce vient de l'ovaire gauche. Trompe normale.

Il a fallu appliquer plusieurs pinces sur le péritoine pariétal antérieur, éraillé par le détachement des adhérences; on les retire à la fin de l'opération et on les remplace par des ligatures perdues.

On place aussi un fil à ligature sur les franges épiploïques saignantes et on les attire dans la plaie près du pédicule.

Examen de la tumeur. — Poche uniloculaire, à parois égales, lisses, épaisses de 5 à 6 millimètres. La surface interne est lisse, blanche, comme recouverte d'épiderme; à l'intérieur on trouve une masse sébacée de consistance et de couleur de mastic du poids de 2 kilogrammes.

Pelottes de poils roux et durs; rien sur la paroi.

Suites. — Les deux premiers jours se passent assez bien ; le troisième jour, vomissements verts, péritonite localisée. Pouls 118.

Le quatrième jour amélioration considérable qui se continue. Guérison en vingt-deux jours, le 21 décembre.

Obs. V. — Kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire droit ; adhérence avec le côlon, le mésentère et le péritoine pariétal. Gastrotomie Guérison. (Péan, inédite.)

Madame Is..., des environs de Chartres, est de taille moyenne blonde, lymphatico-sanguine. Elle est âgée de 40 ans, et a eu deux enfants. L'apparition de la tumeur remonte à six ou huit ans; grossissement très-lent au début, mais développement très-rapide depuis quelques mois.

Etat actuel. — Ventre très-volumineux, régulier, globuleux Tumeur bien fluctuante, lisse, unie, sans bosselures ; pas d'œdème des membres inférieurs. La matité est générale, et elle s'enfonce profondément dans les flancs de chaque côté. La tumeur ne se déplace pas, l'ombilic est plat et non saillant.

Par le toucher vaginal, on sent une masse régulière dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauches ; l'utérus est mobile et indépendant.

On diagnostique un kyste de l'ovaire avec adhérences très probables.

L'opération a lieu le 14 décembre 1876.

Paroi peu saignante; ascite très-abondante (10 litres); les dernières parties du liquide sont filantes, ce qui indique la rupture du kyste dans la cavité péritonéale.

La tumeur occupe principalement la moitié gauche du ventre et est formée de deux parties bien distinctes, une inférieure pelvienne, à parois épaisses, blanchâtres, fibreuses, un peu mate semblable à de la peau qui a macéré ; à sa surface on aperçoit un piqueté rouge sanguin, mais non véruqueux.

La seconde partie, qui forme la partie supérieure du kyste, est grise, brunâtre, molle, sans résistance aréolaire, à contenu très-visqueux. Cette masse occupe tout l'hypochondre gauche qu'elle remplit et s'étend sur la face postérieure de la tumeur avec laquelle elle se confond.

La ponction donne issue à un liquide brunâtre, sale, mélangé d'une grande quantité de matière sébacée, fluide, de couleur et de consistance analogues à du pus bien lié, et renfermant de nombreux poils libres, ou roulés en gros pelotons. On en trouve

aussi d'adhérents à la peau. Le contenu liquide est de cinq à six litres.

La masse supérieure, par suite de sa friabilité, exige de grands soins pour être dégagée et oblige à faire dépasser à l'incision l'ombilic de 2 ou 3 centimètres. En l'entraînant, on reconnaît qu'elle adhère longuement au colon et à l'S iliaque, par le mésentère devenu charnu. On rompt cette adhérence, sur laquelle on place à demeure deux pinces hémostatiques. La trompe gauche adhère aussi au mésentère et est saisie en bloc. Par sa face profonde et postérieure, la masse aréolaire présente des bosselures très-molles et très-friables, et aussi deux vésicules en ampoule glutineuse, sans consistance, de couleur jaune soufre, lesquelles forment des loges flottantes pédiculisées qui se rompent par décollement et laissent couler dans le flanc droit un liquide visqueux et collant, ce qui exige une toilette prolongée de cette partie de la cavité abdominale. En la faisant, on constate que non-seulement le péritoine pariétal est altéré, mais aussi une partie de celui qui recouvre l'intestin grêle. Ces feuillets séreux sont d'un rouge intense, et offrent des îlots épaissis et comme charnus. Le péritoine qui recouvre l'intestin a perdu son poli, il est granuleux, chagriné, et aussi très-rouge.

On passe, comme de coutume, deux fils à travers le pédicule. L'un embrasse seulement le pédicule du kyste qui vient de l'ovaire droit; l'autre est replié sur lui-même de façon à aller enserrer, outre la moitié du pédicule, la portion du mésentère qui unissait le gros intestin à la paroi du kyste. Dans ce second fil se trouve également prise la trompe dont une faible partie a été excisée.

Fermeture du ventre ; durée de l'opération : 1 heure.

Sur la trompe accolée au pédicule et sur un bout du mésentère, qui tendent à saigner, on laisse deux pinces hémostatiques.

Les suites de l'opération sont très-favorables ; la fièvre baisse le quatrième jour. Rien de particulier à noter dans les jours suivants; seulement le pédicule volumineux tarde un peu à se dessécher. Abcès dans l'épaisseur des parois, au-dessous du pédicule.

Guérison complète le trente-deuxième jour.

Obs. VI. — Kyste dermoïde uniloculaire gauche; adhérent en avant avec l'épiploon, en arrière avec une anse intestinale. Gastrotomie. Guérison. (Péan, inédite.)

Madame R..., 33 ans, employée au théâtre de Ménilmontant, brune, assez grande, a toutes les apparences d'une bonne santé. A eu un enfant, pas de fausses couches. Menstruation assez irrégulière depuis quatre ans, époque où elle a senti la tumeur très-petite, comme une orange. Aucune douleur, accroissement assez lent, sauf depuis six mois. La tumeur, sans cause connue, augmente rapidement et ses progrès sont très-appréciables.

État actuel. — Ventre développé comme dans une grossesse à la fin du septième mois, par une tumeur très-globuleuse à surface lisse et unie. Les veines abdominales ne sont pas dilatées. Les parois abdominales sont un peu grasses, mais bien mobiles sur la surface de la tumeur qui dépasse l'ombilic de trois à quatre travers de doigt. Elle émerge de la cavité du bassin, et paraît envoyer un prolongement plus développé dans la fosse iliaque droite que dans la gauche, comme si c'était du côté droit que la tumeur prendrait son insertion. La tumeur est complètement mate à la percussion, à la palpation elle est assez dure, paraît peu compressible; pourtant, avec de l'attention, on parvient à reconnaître de la fluctuation, mais il est impossible de déterminer la sensation de flot.

Le toucher vaginal fait voir que l'utérus est bien indépendant de la tumeur; il n'est pas possible par cette voie de découvrir de quel côté le kyste prend son insertion, ni de s'assurer qu'il provient de l'ovaire ou de son voisinage.

Au moyen du cathéter, on voit que la vessie a été entraînée à droite, depuis le milieu du pubis jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers antérieur de la fosse iliaque.

Opération le 18 *mai* 1875. — Incision à travers des parois grasses et épaisses de 4 centimètres environ, médiocrement saignantes. Le tissu cellulaire sous péritonéal est chargé d'une couche de graisse molle, friable, très-jaune et épaisse d'au moins un centimètre. Incision du péritoine pariétal. L'aspect de la surface de la tumeur qui apparaît aux regards n'est pas celui d'un kyste ordinaire. Il est d'un rouge foncé, d'apparence à peu près lisse, traversé par de gros plis en sautoir, de gauche à droite et de haut en bas. La coloration rappelle celle des tumeurs

fibreuses interstitielles de l'utérus; les plis forment le relief d'une trompe hypertrophiée d'un kyste ovarique. Après quelques instants d'examen, M. Péan reconnaît qu'il a là sous les yeux une expansion du grand épiploon qui coiffe toute la face antérieure de la tumeur. Il décolle le repli séreux par en bas, le relève en haut, puis le fait rentrer sous la paroi, au-dessus du kyste.

La paroi kystique, devenue visible, ne présente pas non plus l'aspect habituel. Elle est d'un rouge intense et opaque en avant; en haut, au contraire, se trouve un disque de 5 à 6 centimètres de diamètre où la paroi paraît transparente et translucide. Au-dessous on voit des grumeaux solides : est-ce du pus, de la matière sébacée? Il est impossible de se prononcer. Autre phénomène insolite, le liquide ne remplit pas toute la poche, au sommet il y a un espace occupé par des gaz, environ un demi-décilitre.

Ponction aspiratrice; écoulement d'un liquide brunâtre mélangé de nombreux grumeaux de matière sébacée; à la surface du liquide recueilli flottent des gouttelettes graisseuses. On retire ainsi huit à dix litres de liquide. L'aspiration se fait de la façon la plus satisfaisante et épuise le contenu. En faisant basculer cette poche en dehors, on s'aperçoit qu'elle entraîne, avec elle, un anse d'intestin qui lui est complètement adhérente sur une surface d'une pièce de 2 francs environ, par des adhérences molles et très-vasculaires. Elles sont rompues avec l'ongle : sept pinces sont placées sur les débris pseudo-membraneux qui saignent et laissées à demeure. L'intestin n'a pas été intéressé par leur rupture.

La tumeur provient de l'ovaire gauche. La trompe correspondante lui est accolée, elle est normale. L'utérus et l'autre ovaire sont sains. Ligature du pédicule, fermeture du ventre. Les pinces hémostatiques laissées à demeure sur l'adhérence rompue ne sont enlevées qu'au dernier moment. Elles ont comprimé pendant environ 25 minutes. La surface ne saigne pas, et on renonce à appliquer des ligatures perdues, comme on se préparait à le faire.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Examen de la tumeur. — Sans être uniforme, la poche présente une épaisseur à peu près égale partout. Examinée par sa surface externe, elle a, dans la majeure partie de son étendue, l'apparence d'une membrane musculaire d'un rouge un peu pâle; par place, on voit des îlots d'un blanc légèrement mat, et comme

formés par un exsudat fibrineux concret. Mais ces îlots ne se laissent pas entamer par le frottement de l'ongle, ils résistent comme l'épiderme dont ils ont l'aspect. En un point on voit, enchâssé comme une lentille, l'espace transparent dont il a parlé déjà. Là, la paroi a tout à fait l'aspect fibreux, analogue à celui de la faux du cerveau.

La face interne de la poche est plus remarquable encore. En la dépliant, on aperçoit d'abord un bouquet de dents rangées dans une disposition curviligne comme elles le seraient sur une mâchoire d'enfant de 7 ans.

On peut les classer de la façon suivante : deux incisives contiguës, puis une canine, également contiguë aux deux autres ; un peu plus loin et séparée par un espace de 3 à 4 millimètres, une deuxième canine. Ces quatre dents avoisinaient le pédicule.

Vers le sommet de la poche on trouve deux débris d'os plats, concaves sur un de leurs bords, convexes sur l'autre, et rappelant des pariétaux en miniature; ils ont de 4 à 5 centimètres de long sur 1 et demi à 2 de large. A chaque extrémité de l'un de ces pariétaux, deux canines de même grosseur, implantées perpendiculairement. Les deux os ne sont pas saillants, mais compris dans l'épaisseur de la paroi. Ils sont fort minces et très-légèrement concaves sur leurs faces. Enfin, en un autre point de la paroi, et complètement isolée, on voit une septième dent de même volume que les précédentes. L'existence de la couche épidermoïde est très-manifeste sur la face du kyste, et occupe même une certaine étendue. Elle existe bien manifestement sur une surface de l'étendue de la paume de la main. En d'autres points la poche a conservé l'apparence d'une muqueuse. Elle est parsemée de rugosités, sortes de végétations aplaties, d'un rouge brun foncé, un peu en relief, et comme ecchymotiques. La surface sur laquelle s'étendent ces végétations a environ l'étendue de la main. Elle est opaque.

La malade quitte la maison de Santé, le 10 juin, entièrement guérie.

Obs. VII. — Kyste dermoïde uniloculaire de l'ovaire gauche. Gastrotomie. Guérison. (Péan, inédite.)

Madame Lejeune, âgée de 39 ans, est de taille moyenne, et jouit d'un certain embonpoint. Apparence de santé générale. Ne peut donner des renseignements précis sur l'apparition du kyste.

État actuel. — Le volume du ventre est celui d'une grossesse à terme, les vergetures sont très-nombreuses. La tumeur, bien symétrique, est nettement délimitée, elle remonte jusqu'à l'épigastre; elle est fluctuante, molle, peu remplie, mobile; la sonorité existe sur les deux côtés; les parois abdominales sont mobiles à la surface, et n'offrent pas de circulation complémentaire.

L'utérus a conservé ses rapports normaux et est indépendant de la tumeur, aux mouvements de laquelle il ne participe pas. On ne sent rien dans les culs-de-sac vaginaux.

Il s'agit évidemment là d'un kyste de l'ovaire dont le siége ne peut être précisé.

Opération le 21 *novembre* 1876. — On pratique une incision qui remonte à l'ombilic; la paroi est peu saignante. Le kyste a un aspect fibreux et solide, très-peu coloré, d'un blanc jaune, comme suifeux. La ponction aspiratrice ne donne rien; on fait une large ouverture à cette poche, de laquelle il s'écoule une matière sébacée en grumeaux, semblable à du riz cuit, de même couleur et de même consistance (12 litres). Pas d'adhérences. L'insertion est faite sur l'ovaire gauche.

Ligature du pédicule comprenant la trompe non hypertrophiée.

Aucune trace de liquide dans la cavité péritonéale. On fixe le pédicule à l'angle inférieur de la plaie.

Le sac est uniloculaire, à parois épaisses de 4 à 5 millimètres, et égales dans toute leur étendue. La surface antérieure est complètement unie et lisse.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier à noter, la fièvre cesse le cinquième jour, et la malade est complètement guérie le 18 décembre.

Obs. VIII. — Kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire gauche. Gastrotomie. Mort par tétanos le dixième jour après l'opération. (Péan, inédite.)

Madame C..., de Versailles, 60 ans, est une femme grande, forte, avec embonpoint assez marqué. Menstruation régulière, depuis l'âge de 14 ans. Ménopause à 48 ans. Peu de temps après, apparition de la tumeur du volume du poing, et se déplaçant sous la main. Accroissement lent et graduel; développement plus rapide depuis quelques mois.

État actuel. — Ventre volumineux, surtout à gauche. La peau, lisse et tendue, est très-peu mobile sur la face antérieure de la tumeur avec laquelle elle semble avoir contracté adhérence. Pas de dilatation des veines sous-cutanées.

A la palpation, tumeur irrégulière, bosselée, occupant toute la fosse iliaque gauche, dépassant la ligne médiane, atteignant le creux épigastrique et s'enfonçant profondément dans la fosse iliaque droite qui est sonore dans les deux tiers de son étendue. La tumeur ne se déplace pas d'une façon appréciable, elle est légèrement dépressible, plutôt molle que fluctante à gauche. On sent, à droite, des parties dures très-résistantes. L'utérus est mobile et indépendant de la tumeur; rien dans les culs-de-sac. On pense à un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Opération le 9 *avril* 1874. — Incision qui va du pubis, à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, en passant obliquement sur le côté gauche de ce dernier. Les parois sont épaisses, grasses peu vasculaires; la tumeur présente de grosses bosselures, elle est multiloculaire; il existe en avant des adhérences générales assez molles, et qui se laissent détacher aisément.

On ponctionne une première loge, de laquelle il sort un liquide brun verdâtre, filant, d'apparence sale. Une autre loge est ouverte et donne issue à un certain nombre de boules de matière sébacée, arrondies, feutrées de poils châtains, très-fins, du volume d'une prune; à côté de ces boules, il en est d'autres plus petites et moins régulières dans leur forme arrondie. Tout le fond de la tumeur est formé de loges assez nombreuses, remplies d'un liquide gélatineux assez consistant pour se laisser saisir avec des pinces et s'étirer sous les tractions. Cette gélatine est comme organisée par places; on y distingue un fin réseau de tout petits vaisseaux sanguins qui s'épanouissent.

Les cloisons des loges sont très-minces, transparentes, plutôt celluleuses que fibreuses. La paroi générale d'enveloppe est très-inégale d'épaisseur : solide et résistante à droite, très-mince et friable à gauche, et de ce côté se déchirant à la moindre traction, Le pédicule vient de l'ovaire gauche; on le lie et le fixe comme de coutume dans l'angle inférieur de la plaie. Durée de l'opération : 1 heure 45 minutes.

Les premières suites sont très-bonnes et très-simples.

Rien à noter de particulier jusqu'au 18 avril où la malade est prise, vers le soir, de roideur dans les masséters.

Onctions laudanisées. Chloral et bromure de potassium à

haute dose. Injection de morphine au niveau du bulbe conseillée par Ricord.

Le 19, la raideur a augmenté. Teinture thébaïque à l'intérieur. Mort le 20 avril, au matin, le tétanos étant resté limité au tronc.

Obs. IX. — Kyste dermoïde de l'ovaire. Gastrotomie. Guérison.

M. Polaillon présente à la Société de chirurgie une tumeur de l'ovaire qu'il a enlevée il y a 14 jours, et qui a offert au point de vue du diagnostic des adhérences d'assez grandes difficultés cliniques. En pratiquant le palper abdominal avant l'opération, il avait constaté que la tumeur était à peu près impossible à déplacer, et, de plus, il avait perçu très-nettement ce frottement, ce bruit de neige, indiqué par les auteurs comme signe caractéristique d'adhérences, aussi avait-il hésité quelque temps avant de se décider à tenter l'ovariotomie. Cependant comme la malade était dans de bonnes conditions de santé, il crut devoir entreprendre l'opération.

Après avoir divisé la paroi abdominale antérieure, et alors qu'il s'attendait à trouver de nombreuses adhérences de la tumeur avec cette paroi, il constata au contraire qu'il n'en existait aucune. Seulement le kyste adhérait avec l'épiploon sur une assez grande étendue. Il vint facilement à bout de cette difficulté et il ponctionna la tumeur dont il s'écoula huit litres de liquide.

Malgré la réduction de volume déterminée par cet écoulement, il fut obligé de prolonger l'incision jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et il eut beaucoup de peine à mobiliser la tumeur qui paraissait comme fixée à la colonne vertébrale, bien qu'il n'existât, en réalité, d'adhérences, ni de ce côté, ni du côté du bassin.

Le pédicule contenait cinq ou six artères du calibre de la radiale. La réunion s'est faite par première intention et la malade est aujourd'hui en voie de guérison.

Le kyste réduit à sa partie solide pèse 6 kilogrammes; sa surface interne est parsemée de petites tumeurs kystiques renfermant les unes un liquide filant, les autres une matière graisseuse. Il contenait, en outre, des poils, des cheveux et une très-grande quantité de dents; sous ce rapport il ne diffère en rien des autres kystes dermoïdes, aussi n'insisterai-je que

sur le côté clinique de ma communication, c'est-à-dire sur la difficulté de diagnostiquer les adhérences des kystes de l'ovaire.

(Polaillon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 705.

Obs X. — Kyste dermoïde de l'ovaire. Gastrotomie. Guérison.

Jeune fille de 17 ans. — Développement du ventre depuis trois ans; consistance de la tumeur en partie osseuse et multiloculaire. Vu ce caractère et l'âge de la malade, on porta le diagnostic de kyste dermoïde qui fut vérifié à l'opération. La partie solide de la tumeur pesait 4 livres; adhérences avec le péritoine pariétal et l'épiploon. Opérée en janvier 1872. Guérison.

(N° 459 de Spencer Wells. *Diseases of ovaires.* London, 1869.)

Obs. XI. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Gastrotomie. Guérison.

Femme de 38 ans ; a eu trois enfants ; durant chaque grossesse, la tumeur diminuait de volume, mais elle a rapidement augmenté dans ces deux dernières années. Elle présente dans ses parois des parties dures comme de l'os. Diagnostic : kyste dermoïde, vérifié à l'opération. Plaques osseuses dans les parois. La tumeur adhère à l'épiploon et au gros intestin. Pas de pédicule. Guérison.

(N° 419 de S. Wells.)

Obs. XII. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Gastrotomie. Guérison.

Femme de 39 ans, célibataire. Tumeur abdominale dure, nodulaire au palper et au toucher. Opération en janvier : kyste dermoïde multiloculaire, siégeant sur l'ovaire gauche; parois épaisses, cartilagineuses, et ossifiées en partie. Contenu dense, sébacé, impossible à vider. Enucléation en masse. Guérison le 15 février 1872.

(N° 345 de S. Wells.)

Obs. XIII. — Kyste dermoïde purulent. Ovariotomie. Mort.

Jeune fille de 17 ans, menstruée à 15 ans; règles peu abondantes, mais régulières, font défaut depuis deux mois seulement. La tumeur qu'elle porte actuellement a été remarquée à 11 ans; elle avait le volume d'un œuf de poule et elle était très-mobile. Développement progressif de la tumeur qui n'avait causé aucune douleur jusqu'au 30 juillet dernier, jour où la malade fut prise en descendant de son lit d'une douleur très-vive dans le bas-ventre, du côté droit, laquelle lui arrachait des cris, et persista pendant un jour sans être accompagnée de mouvement fébrile, et ne disparut qu'au bout de huit jours.

Santé générale très-bonne, digestions régulières, miction et défécation normales. Seulement gêne notable de la respiration quand le sujet marche ou travaille.

Examen de la jeune fille le 17 *septembre.* — Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic, 91 centimètres. A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur qui plonge dans le petit bassin, et s'arrête supérieurement dans la région épigastrique. Pas de point douloureux, pas de crépitation péritonéale. A la percussion la tumeur est molle dans toute son étendue à droite, en bas et en haut. A gauche elle a une consistance solide et la main ne rencontre qu'une masse ferme, résistante. La membrane hymen est intacte.

On penche vers le diagnostic de kyste ovarique de nature dermoïde, eu égard à cette circonstance que la tumeur fut constatée pour la première fois à l'âge de 11 ans, et qu'elle avait déjà le volume d'un œuf.

L'opération fut pratiquée le 23 octobre, mais au moment où l'on introduisit le trocart, il s'échappa entre la canule et la paroi du kyste un pus excessivement épais, crémeux, verdâtre et inodore. Le chirurgien attire légèrement le kyste entre les lèvres de la plaie, et l'incise sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Du pus s'écoule en abondance, en même temps que d'énormes touffes de poils agglutinés entre eux par une substance caséeuse.

La tumeur est amenée au dehors, le pédicule est lié, la plaie est fermée par 12 points de sutures profondes et 3 points de sutures superficielles.

Mort par péritonite générale dans la nuit du troisième jour.

Examen anatomique de la pièce. Résumé. — Poids, 4 kil. 100 gr. Masse solide au centre, entourée par 4 poches spacieuses dont deux seulement communiquent entre elles par une ouverture de deux centimètres environ.

On trouve encore dans chacunes d'elles quantité de poils. La plupart sont libres, intriqués entre eux. Quelques-uns ne sont visibles qu'à la loupe, les autres ont une longueur variable de 2 millimètres à 27 centimètres. Leur couleur est blanc ou châtain. Vus au microscope presque tous possèdent encore leur bulbe, et sont entourés de lamelles épidermiques disposées très-irrégulièrement; tous ont conservé leur aspect normal, strié, pigmentaire, leur canal central.

Enfin une grande quantité de poils sont implantés dans les parois même de ces kystes, et la partie qui les supporte a tous les caractères de la peau : épiderme constitué par plusieurs couches d'épithélium superposées; au dessous est le derme, muni de glandes sébacées, à conduits excréteurs libres ou venant s'ouvrir dans les follicules pileux, muni aussi de saillies périphériques non constante, rangées régulièrement les unes à côté des autres et qui représentent sans aucun doute des papilles.

Nulle part on ne rencontre de glandes sudoripares. Des fibres de tissu cellulaire, des fibres élastiques, des vaisseaux élastiques forment la trame de ce derme.

On trouve encore deux os, retenus dans la masse solide, dont l'un, suivant M. Liégeois, représente un sphénoïde, et l'autre est sans forme appréciable.

(Liégeois, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1869, p. 458.)

Obs. XIV. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Ovariotomie. Guérison.

Catherine M..., 38 ans, ne présente aucun autre antécédent à noter qu'une couche il y a quinze ans. Depuis, ses règles ont été normales.

Il y a dix mois, apparition d'une petite tumeur mobile dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vives douleurs, qui cessèrent bientôt pour revenir quatre mois après. Ces douleurs étaient exaspérées par la moindre fatigue et l'apparition des règles. Dans quelques cas, ces phénomènes douloureux s'ac-

compagnaient de météorisme, sans fièvre ni phénomènes de péritonite.

La malade entra le 22 septembre 1874 dans le service de M. le Dr Lépine où je l'examinai quelques jours après.

L'état général est conservé et la malade ne se plaint que de vives douleurs au niveau de sa tumeur. Celle-ci occupe la fosse iliaque gauche. Cette tumeur paraît plonger, à droite, dans l'excavation pelvienne; en haut, elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur la ligne pubio-xyphoïdienne, la tumeur mesure 25 centimètres 1/2; transversalement, sur une ligne tirée d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, elle a 36 centimètres.

La tumeur est rénitente, non fluctuante, un peu élastique et légèrement dépressible; sa mobilité en masse est peu marquée et seulement dans le sens transversal.

La matité de la tumeur est distincte de celle du foie.

Parois abdominales normales; mobiles sur la masse morbide à gauche, pas de frottement péritonéal.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus mobile, petit, à col entr'ouvert. Dans le cul-de-sac latéral droit, le doigt arrive jusqu'à la tumeur, surtout si l'on vient à la déprimer à l'aide d'une main placée sur l'abdomen. Pas de fluctuation.

Le toucher rectal permet de constater la mobilité et l'indépendance de l'utérus. Une sonde introduite dans la vessie est déviée à gauche.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite; nulle dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Sauf les douleurs signalées, toutes les fonctions sont normales. Urines très-faciles et peu fréquentes.

En présence de ces symptômes, nous crûmes à l'existence d'une tumeur solide, soit de l'ovaire, soit du ligament large, probablement un fibrome, peut-être un sarcome. Une première ponction exploratrice faite par le Dr Lépine, permet de retirer une certaine quantité d'un liquide louche et granuleux. Dans une deuxième ponction, nous eûmes un liquide épais, grumeleux, d'un blanc grisâtre; enfin en retirant l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, nous trouvâmes un poil, encore engagé dans le chas de l'aiguille. D'autres poils furent découverts dans le liquide extrait par l'aspirateur. Ce liquide renfermait des cellules épithéliales altérées et des globules graisseux.

Nous avions évidemment affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire ou du ligament large.

Le 14 octobre, apparition des règles, sans douleurs vives; la malade engraisse sous l'influence du repos au lit.

Le 9 novembre, nouvelles règles, avec douleurs abdominales internes. Le kyste a augmenté de volume; et offre plus de mobilité, ce qui tient à ce que la masse morbide, contenue d'abord et comme moulée sur l'excavation, avait franchi le détroit supérieur et s'était logée dans l'abdomen.

L'opération eut lieu le 18 novembre 1874, dura environ deux heures et demie.

La fièvre traumatique fut légère, elle tomba complètement le quatrième jour, et la malade guérit très-rapidement. L'opérée revue le 2 février 1875, se porte parfaitement, et a notablement engraissé. Quelques douleurs du côté de la cicatrice abdominale, quand cette femme travaille trop. Eventration plus étendue que lors de la sortie de l'hôpital. Ceinture abdominale avec coussin médian.

Examen anatomique du kyste par M. le Dr Malassez. — Le kyste, formant une poche unique, offrait à peu près le volume d'une tête d'adulte; ses parois épaisses de 2 à 5 milimètres, présentaient une consistance variable suivant les points où on l'examinait. La surface intérieure de la cavité kystique offrait l'aspect de la peau recouverte de matière sébacée et présentait par places des poils assez longs. Ce qui restait encore du contenu du kyste était moitié liquide, moitié solide, avec des grumeaux caséiformes. Au microscope le contenu était formé de granulations graisseuses, de cellules épithéliales graisseuses et de cholesterum.

La paroi, constituée par du tissu conjonctif feutré, analogue à celui du derme, et par des faisceaux de fibres musculaires lisses, nombreux et entre-croisés, est recouverte d'un épithélium pavimenteux avec couche cornée. Il y a peu de papilles.

En quelques points de la paroi kystique, on trouve des masses cartilagineuses et osseuses (ostéoplastes et canalicules); mais il faut noter que ces parties osseuses n'ont aucune forme qui rappelle celle des os normaux.

Par places, existent des follicules pileux, avec des glandes sébacées, en général très-développées. On y rencontre aussi quelques glandes sudoripares.

(Terrier, *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1875, p. 195.)

Obs. XV. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Gastrotomie. Guérison.

Mademoiselle N..., 24 ans, d'une bonne santé habituelle, éprouvait depuis 1863 des douleurs très-vives, revenant par accès dans la cuisse et dans la région rénale du côté droit.

Depuis cette époque, le ventre a grossi progressivement, surtout à partir de 1847.

Etat actuel. — Région hypogastrique distendue par une tumeur en partie fluctuante, en partie dure qui s'étendait jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Tumeur mobile et ne présentant point d'adhérences abdominales. L'utérus est central, mobile et son col dévié à droite. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire droit; mais la fluctuation peu prononcée et difficile à percevoir, à cause de la couche épaisse de la paroi abdominale, la dureté de la tumeur en certains points ne permettaient pas de déterminer sa nature d'une façon bien positive. L'état de la malade était excellent.

Opération le 6 août 1868. — Adhérence épiploïque très-vasculaire qui nécessite la ligature en masse. Issue de 3 litres 1/2 de liquide hémorrhagique, de couleur brune foncée, contenant une masse considérale de graisse concrète mêlée de cheveux. L'ovaire gauche est sain. La ligature épiploïque est fixée au-dessus du pédicule, à l'angle inférieur de la plaie.

Guérison parfaite le vingt-septième jour.

La tumeur était de nature dermoïde; sa masse tout entière, y compris le liquide extrait pendant l'opération, pesait 7 kilogrammes. Elle renfermait de la graisse, des cheveux et des détritus épidermiques.

(Kœberlé, *Gaz. des Hop.*, 1869, p. 95.)

Obs. XVI. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit ouvert spontanément dans la cavité abdominale. Hernie ombilicale concomittante. Gastrotomie. Guérison.

Madame A..., 28 ans, amaigrie, a eu une grossesse normale en 1865. En 1867 développement du ventre malgré la persistance des règles, et apparition d'une hernie ombilicale.

Le ventre était distendu par une tumeur ovarique multiloculaire, mobile, en partie fluctuante, en partie assez dure; il y avait en même temps un peu d'ascite. L'utérus était normal et son col dirigé en arrière et à gauche. L'excavation pelvienne était libre.

Opération, 24 *septembre* 1868.— Après l'incision du péritoine il s'écoula environ 600 grammes de liquide épais, mêlé de cheveux et de particules concrètes de couleur blanchâtre. Evidemment le kyste était de nature dermoïde, et il s'était rompu spontanément dans la cavité abdominale, sans que cette rupture ait été ressentie, à ce qu'il semble, par la malade.

La tumeur ovarique était adhérente à l'épiploon; elle ne présentait pas d'autres adhérences. Une ponction pratiquée dans la plus grande loge évacua deux litres de liquide filant, mêlé de cheveux, de graisse concrète et de détritus épidermiques. Cette loge présentait une petite ouverture de trois ou quatre millimètres de diamètre, dans laquelle étaient encore engagés quelques cheveux, et par où le liquide avait pénétré dans le péritoine. Le fond du bassin, la matrice et les intestins étaient rugueux, filamenteux, recouverts de fausses membranes vascularisées.

L'ovaire gauche était sain.

La matrice et les trompes étaient rouges et fortement congestionnées sous l'influence de la période cataméniale, qui avait commencé quatre jours avant l'opération et se prolongea encore sans interruption deux jours après.

Toilette soigneuse du péritoine. Réunion de la plaie par 4 points de suture profonde et 9 points de suture superficielle.

Guérison complète le vingt-troisième jour.

(Kœberlé, *Gaz. des Hop.*, 1869, p. 262.)

Obs. XVII. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Ovariotomie. Mort.

Jeune fille âgée de 16 ans qui avait été admise à 8 ans dans le service de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, pour une tumeur de la cavité abdominale, tumeur qui a été regardée comme une inclusion fœtale. Mais comme la présence de ce produit n'occasionnait aucune gêne, aucun trouble dans les fonctions, on la renvoya, lui recommandant de revenir au cas

où la tumeur viendrait par son volume gêner les fonctions naturelles. C'est ce qui est arrivé.

L'exploration de l'abdomen permit de constater que ce produit semblait composé de deux parties : l'une dure, arrondie, comme osseuse, occupant la partie inférieure; l'autre molle, constituant la partie supérieure, le tout formant une tumeur se développant en forme de croissant autour de l'ombilic. Une ponction exploratrice, faite à la partie supérieure, donna issue à une matière crémeuse, composée de globules graisseux, de matière granuleuse, d'épithélium et de quelques paillettes de cholestérine ; la nature de ce liquide confirma notre diagnostic.

L'opération eut lieu ; mort le troisième jour par péritonite généralisée.

Examen de la tumeur. — Siége dans l'ovaire droit. — Coque fibreuse renfermant une partie solide, constituée par une masse graisseuse mêlée d'une grande quantité de cheveux noirs et blancs, très-longs.

La membrane d'enveloppe de nature fibreuse est tapissée en dedans par une surface dermoïde, hérissée de cheveux très-longs, présentant un bulbe très-bien organisé, et des glandes sébacées en très-grand nombre. A la partie inférieure de la poche, se rencontre une plaque osseuse de près de 10 centimètres enveloppée d'un périoste et présentant tous les caractères du tissu osseux.

(Giraldès, *Bull. de la Soc. chir.*, 1867.)

Obs. XVIII. — Kyste dermoïde de l'ovaire non pédiculisé. Gastrotomie. Guérison.

La malade a 18 ans. Sept mois auparavant, surviennent des difficultés pour uriner avec vives douleurs au moment de la miction. Bientôt les douleurs irradient (en dehors même de la miction) dans les flancs et la région rénale droite, vers l'aine et la matrice. Constipation opiniâtre ; menstruation régulière, sensibilité considérable de l'hypogastre.

Le 8 février 1874, M. L. Leroy, appelé pour obvier à une rétention d'urine, reconnaît la présence d'une tumeur abdominale. Le lendemain, il fait une ponction aspiratrice et obtient une petite quantité de manière jaunâtre, épaisse, suifeuse, dans laquelle le microscope fait reconnaître des cellules épithé-

liales analogues à celles des glandes sébacées et des vésicules adipeuses.

M. Th. Anger est appelé à voir la malade ; le diagnostic porté est : kyste dermoïde développé dans le petit bassin et siégeant probablement dans le ligament large. M. Anger fondait son diagnostic sur la nature du liquide recueilli par la ponction Quant au siége, ce ne pouvait être, dit l'observateur, l'utérus, puisque la malade était vierge, et que les règles revenaient régulièrement. On pouvait éliminer les pelvi-péritonites enkystées, et les tumeurs fibro-cystiques dont le contenu ne répond pas aux cellules épithéliales et aux vésicules de graisse obtenues par la ponction. La même objection ne pouvait être faite à l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine ou d'un kyste ovarique, ces tumeurs pouvant contenir des éléments épithéliaux et graisseux, et se développer sans troubles notables de la menstruation. Mais les kystes de l'ovaire s'accroissent habituellement du côté de la grande cavité péritonéale, laissant l'utérus plus ou moins libre au fond du vagin ; lors même que la matrice est refoulée, déviée, son col ne s'efface pas complètement et reste appréciable au doigt.

Or, chez la malade, le toucher ne laissait en aucun point reconnaître une saillie ou une dépression qui rappelât le col utérin. Dès que le doigt avait franchi la membrane hymen, il rencontrait une tumeur dure, arrondie, appliquée en avant à la face postérieure du pubis, enclavée en arrière dans la concavité du sacrum, remplissant tout le vagin et comprimant le rectum et la vessie.

En portant le doigt entre le pubis et la tumeur, on sentait, un peu à gauche de la ligne médiane, un repli muqueux, transversal, dont le fond ne pouvait être déplacé et qui correspondait probablement au col de l'utérus. En effet, le palper abdominal permettait de reconnaître, au côté gauche et antérieur de la tumeur, un lobule qui avait à peu près le volume de l'utérus. L'ensemble de la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic. Fluctuation manifeste mais profonde.

Les souffrances étaient devenues intolérables, la malade réclamait l'opération. La gastrotomie seule paraissait devoir permettre la cure radicale.

Opération le 27 *février* 1874. — Incision de 5 centimètres sur la ligne médiane. Aucune adhérence ne paraît exister ; à gauche de la ligne médiane on retrouve l'utérus qui fait corps avec la tumeur.

La tumeur apparaît coiffée par un lacis vasculaire que M. Anger reconnaît être le feuillet antérieur du ligament !arge et qu'il incise. La paroi blanche et fibreuse du kyste se trouve ainsi mise à nu. On la fixe avec de fortes pinces et on la ponctionne : issue de 2 litres d'un liquide blanc verdâtre, au milieu duquel nagent une masse de cheveux et des masses épithéliales.

Vers le sommet du kyste se trouve la trompe et un cordon arrondi qu'on pouvait prendre pour le ligament de l'ovaire ; mais ce dernier organe n'était pas reconnaissable.

La tumeur n'avait pas de pédicule proprement dit, elle recevait ses vaisseaux de la trompe et probablement de l'ovaire.

Le péritoine et la trompe furent entourés d'un serre-nœud pour constituer un pédicule qui fut fixé à l'angle inférieur de la plaie. Durée 1 heure.

Le 21 mars, la malade quittait l'hôpital entièrement guérie.

Examen de la tumeur. Le liquide était composé de deux parties : une liquide, de consistance oléagineuse, constituée par des gouttelettes huileuses et des granulations graisseuses ; l'autre, de grumeaux ayant la consistance du mastic; le microscope y montre les cellules épithéliales des glandes sébacées et de la peau mélangées avec des poils fins et nombreux. Sur divers points de la face interne du sac, des plaques blanches et crétacées; ce sont les couches épithéliales de la peau envahies par des dépôts calcaires.

(Th. Anger. *Gaz. hebd.*, 1874, p. 387).

Obs. XIX. — Tumeur considérable, composée de dix poches embryonnaires, contenue dans les ovaires d'une femme adulte.

Une femme âgée de 49 ans, fut apportée dans le service de M. Alquié, se mourant de phthisie. Cette femme d'une constitution des plus débiles, ayant mené une vie assez désordonnée, n'avait cependant jamais eu d'accouchement et elle était toujours restée bien menstruée.

Etat actuel.— Tuméfaction de l'abdomen analogue à celle d'une grossesse à terme, datant d'une époque assez éloignée, mais qui, selon le dire de la malade, n'aurait acquis ses dimensions actuelles que depuis quelques mois. Bosselures nombreuses à la surface du ventre, fluctuation obscure et points

plus résistants. Du reste pas de bruits, ni de battements insolites. La vessie retient faiblement l'urine ; le vagin est allongé et tiraillé vers le détroit supérieur et entraîné à gauche où l'on soupçonne la présence du col de la matrice, lequel ne peut être constaté soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum.

Diagnostic : kyste embryonnaire. Mort très-rapide.

Nécropsie. — A l'ouverture du ventre on reconnaît l'existence de deux tumeurs, l'une plus volumineuse qui s'élève jusqu'à l'épigastre et aux hypochondres, refoulant les viscères vers le diaphragme. A gauche se trouve adossée la seconde tumeur, séparée de la précédente par l'utérus aplati, et remonté dans l'abdomen.

La trompe droite atrophiée est très-difficile à reconnaître ; la gauche a son conduit perméable. La tumeur principale, qui n'est autre chose que l'ovaire droit coiffé du péritoine, présente au-dessous un fascia fibreux, et très-adhérent à l'enveloppe propre de la tumeur.

Cette enveloppe est commune à quatre kystes principaux situés à la surface de cette masse énorme, et tous tapissés en dedans par une membrane d'apparence séreuse.

Le premier kyste contient un litre environ d'une matière semblable à de l'axonge. Dans les poches restantes se trouvent des cheveux soyeux, de couleurs différentes, suivant leur siège, d'une longueur considérable et imprégnés d'une substance grasse. Dans le premier des kystes pileux, les cheveux viennent s'implanter isolément sur un point de la paroi de la cavité, point analogue au cuir chevelu, et d'où s'élèvent deux tubercules spongieux séparés par une partie dure. Celle-ci est une portion osseuse rappelant un des fragments de maxillaire sur lequel trois dents étaient implantées.

La deuxième poche renferme une portion de maxillaire supérieur avec deux dents, et une partie analogue à la peau du crâne, et à laquelle s'insèrent un bon nombre de cheveux.

La troisième poche contient des cheveux, une dent incisive implantée sur une sorte de cupule cartilagineuse et un fragment osseux de 4 centimètres de longueur. La quatrième renferme aussi des cheveux et des portions cartilagineuses qui tapissent sa surface.

La seconde tumeur, formée par l'ovaire gauche, est entourée des mêmes membranes que la droite, et renferme six kystes pileux vers sa surface. L'une de ces parties contient un frag-

ment de maxillaire supérieur donnant implantation à sept fortes dents. La deuxième renferme un produit dentaire ; la troisième offre un fragment osseux recouvert de périoste et de débris ossiformes. Une quatrième poche fournit un petit tubercule osseux enveloppé de périoste. Les deux autres contiennent seulement des cheveux analogues aux touffes considérables trouvées au sein des kystes précédents. Une disposition commune aussi à tous ces kystes pileux est la présence d'adhérences fibreuses entre les parois et les produits qu'ils renferment.

(Alquié. *Gaz. des hôp.* 1857, p. 230.)

Obs. XX. — Kyste dermoïde trouvé à l'autopsie. Maladie de cœur.

Nous ne faisons que mentionner le cas de kyste dermoïde présenté par M. Demarquay à la Société de chirurgie dans la séance du 19 novembre 1862.

La malade qui portait cette tumeur était atteinte d'une maladie de cœur très-avancée et d'une bronchite capillaire. La ponction donne de dix à douze litres de liquide, et la malade guérit de sa bronchite. Quelques mois plus tard elle rentrait pour se faire soigner de sa maladie de cœur; mais elle ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie on trouve un kyste de la grosseur d'une tête ordinaire ayant contracté des adhérences avec les organes voisins. En certains points du kyste on trouve des plaques osseuses faciles à rompre, et dans ses parois de véritables os, aplatis, ayant l'apparence de côtes d'adulte, longs de 12 à 15 centimètres et larges de 2 à 3. Dans le voisinage de ces os existent cinq dents faisant saillie dans la cavité du kyste, et entourées par la membrane interne du kyste jusqu'au voisinage de leur collet. Peloton de poils jaunes, très-fins, ressemblant à des cheveux, réunis par grumeaux, au milieu de la cavité kystique.

(Demarquay. *Bull. Soc. chir.*, 1862).

Obs. XXI. — Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert à la partie inférieure de la paroi abdominale.

Jarjavay présente un kyste pileux de l'utérus qui s'est ouvert à la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure,

à 3 centimètres au-dessus du pubis. Un abcès ayant apparu sur ce point de la paroi abdominale, il fut ouvert, et, au grand étonnement des chirurgiens, le pus qui sortit contenait une grande quantité de poils.

Depuis la malade est morte d'épuisement. La dissection a permis de reconnaître que l'orifice extérieur correspondait à un kyste de l'ovaire dans l'intérieur duquel on trouvait une grande quantité de poils implantés. Ce kyste s'était placé au-devant de l'utérus et sur les parois latérales de la vessie.

(Jarjavay, *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 202.)

Obs. XXII. — Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans la vessie.

Une femme des environs d'Evreux, nommée Rose B..., âgée de 33 ans, bien constituée, mariée jeune, et devenue mère trois fois, vit peu de jours après son dernier accouchement (c'était en 1836) une tumeur assez douloureuse se manifester vers le bas-ventre, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic ; bientôt les urines devinrent purulentes et glaireuses par le mélange d'une matière grasse d'aspect oléagineux. La gêne et les douleurs éprouvées par cette femme nécessitaient du repos et des soins qui furent négligés pendant longtemps.

Cet état durait depuis cinq ans environ, lorsque dans le courant de janvier 1841, la tumeur qui s'était accrue peu à peu et circonscrite entre l'ombilic et le pubis, s'ouvrit à la surface de l'abdomen par un travail d'inflammation, et laissa sortir d'abord du pus de diverse nature, ensuite un détritus de substance calcaire, et trois semaines après une production pileuse sous forme de cheveux plus ou moins longs que la malade enlevait souvent elle-même, et qui représenta plus tard une longue mèche adhérente au fond de l'ouverture fistuleuse et saillante au dehors. Au bout de quatre mois, cette voie anormale donna issue à l'urine qui dès lors s'en écoula continuellement, tandis que le canal de l'urèthre livrait passage aussi à du pus, à des cheveux, à des graviers et même à une concrétion ossiforme. Une pierre enfin se développa dans la vessie et ajouta une complication nouvelle à cette grave affection.

Tel était le triste sort de la malade lorsqu'au mois de décembre dernier elle fut adressée à l'hôpital des Cliniques où M. Larrey suppléait comme agrégé M. J. Cloquet.

L'examen le plus attentif nous fit diagnostiquer une fistule urinaire sous-ombilicale déterminée par l'inflammation d'un kyste pileux de l'ovaire gauche, qui s'était ouvert à la fois dans l'intérieur de la vessie et à la surface de l'abdomen, et dont les différents produits avaient sans doute servi de noyau à un calcul. La pauvre malade souffrait tant quelquefois et avait un tel dégoût de son infirmité qu'elle annonçait une ferme résolution de se soumettre à toutes les chances de la chirurgie, dans l'espoir de guérir.

Ce n'est qu'après avoir pris des conseils utiles que je me décidai à pratiquer chez cette femme une opération grave, fondée sur les principes de la taille hypogastrique : inciser la fistule directement en bas, explorer le kyste, extirper une tumeur fibreuse à laquelle était implantée la mèche de cheveux et débrider la plaie avec les précautions nécessaires pour ne pas léser les gros vaisseaux adossés à sa paroi postérieure; pénétrer ensuite dans la vessie, après avoir fendu le trajet de communication ; saisir enfin le calcul et l'extraire par la même ouverture, tel fut le résultat de cette opération, que je pratiquai avec l'assistance éclairée de MM. Voillemier et Cloquet neveu, internes de la clinique, en présence de plusieurs médecins et d'un assez grand nombre d'élèves.

Elle avait été supportée par la malade avec beaucoup de courage, et elle ne fut suivie d'aucun accident notable : une sonde placée à demeure dans la vessie, des pansements méthodiques et les soins les plus assidus, amenèrent la guérison, qui faillit cependant être compromise d'une manière funeste par la variole confluente; mais enfin la cicatrice de la plaie, bien consolidée depuis cinq mois, n'a plus besoin que d'un bandage pour être maintenue comme une hernie de la ligne blanche. »

(T. Larrey. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1842, p. 928).

Obs. XXIII. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Grossesse intercurrente. Mort due au choléra.

M. Decès montre un kyste pileux de l'ovaire recueilli sur une femme de 43 ans, entrée à l'hôpital de Lariboisière au commencement du mois de juillet 1854.

Cette femme était encore bien réglée; elle est mère de plu-

sieurs enfants et son dernier accouchement eut lieu il y a huit mois.

Trois mois avant cette dernière grossesse, la malade s'aperçut d'une tumeur siégeant dans le flanc gauche ; néanmoins la grossesse suivit régulièrement son cours et se termina heureusement. Depuis, la tumeur n'a cessé d'augmenter et est arrivée à un développement assez considérable. Les règles ont repris leur cours normal.

La malade présente tous les phénomènes dus à une accumulation de liquide dans la cavité abdominale.

Un seul signe mérite d'être noté : quand elle est couchée et que l'on vient à palper l'abdomen, on sent très-distinctement un corps solide qui fuit sous le doigt, s'éloigne puis revient le frapper ; la sensation est la même que celle du ballottement dans la grossesse. On l'obtient également lorsque la malade est assise ; cependant, dans ce cas, le ballottement est un peu moins sensible. Rien au toucher vaginal.

La malade est prise du choléra et succombe le 23 juillet, dans l'après-midi.

Autopsie, le 24 *au matin.*— La paroi abdominale est incisée avec précaution, et isolée du kyste auquel elle n'est unie que par quelques adhérences. Le kyste est enlevé de la cavité abdominale avec les organes génitaux internes ; il n'adhère d'ailleurs qu'au bord libre du grand épiploon. Il présente dans sa circonférence, horizontalement 95 centimètres, et verticalement 86 centimètres dans un sens et 74 centimètres dans l'autre.

Les parois sont épaisses d'un demi-centimètre et d'une couleur rouge noirâtre.

Il est situé à gauche de l'utérus auquel il tient par un cordon qui a l'apparence d'une trompe ; on ne trouve pas d'ovaire de ce côté. L'utérus, la trompe et l'ovaire droits sont sains.

Le kyste est rempli par 10 litres d'un liquide brunâtre, un peu fétide, ayant quelque ressemblance avec l'eau dans laquelle ont macéré des pièces anatomiques. Au milieu de ce liquide nagent dix à douze masses ayant la couleur et l'aspect du mastic, très-grasses au toucher, et laissant sur le doigt qui les presse un peu de leur substance. Ces masses, dont plusieurs ont le volume du poing d'un adulte, sont plus légères que le liquide dans lequel elles flottent. Coupées en morceaux, elles présentent, dans leur intérieur, le même aspect, contien-

nent des poils en grande quantité, et quelques petits fragments d'os, comme de petites écailles.

A l'analyse chimique, on y trouve une matière grasse, différente du gras de cadavre, car elle ne fond qu'à la température à laquelle fondent les graisses. Cette matière grasse est saponifiable. On trouve encore des matières azotées, un peu de cholestérine et des phosphates calcaires. La densité des masses est moindre que celle de l'eau. Le poids total est de 2,300 grammes. Un très-grand nombre de petits grains de substance en tout semblable aux masses, et gros comme des grains de millet, nagent dans le liquide. On y trouve encore deux tourbillons de poils isolés.

L'analyse chimiqe a été faite par M. Grassi, pharmacien en chef à l'hôpital Lariboisière.

(*Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 265.)

Obs. XXIV. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit méconnu pendant la vie.

M. Mauriac, dans la séance du 17 juin, présente un kyste pileux de l'ovaire droit, appartenant à une femme de 26 ans qui a succombé atteinte d'une fièvre typhoïde. La lésion qu'elle présentait n'ayant pas été soupçonnée pendant la vie, nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de la malade. On ignore si elle avait eu des enfants ; la seule chose que l'on put constater à l'autopsie c'est que la membrane hymen n'existait pas.

La tumeur de l'ovaire du volume de la tête d'un fœtus à terme occupait la plus grande partie de la cavité du bassin, surtout à droite ; elle était molle, fluctuante, donnant quand on la palpait la sensation de corps dur et volumineux flottant dans un liquide.

Elle contenait environ 400 grammes de liquide sanieux, trouble, de la matière graisseuse, fractionnée en morceaux de grosseur variable ; des poils mêlés à la matière grasse, pelotonnés, de la longueur de 5 à 6 centimètres au plus, enfin une portion d'os informe. Pas de dents, ni de lambeaux de peau.

(*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 259.)

Obs. XXV. — Kyste dermoïde de l'ovaire trouvé à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie

Cette femme pendant sa vie n'avait présenté rien de particulier. Cette tumeur du volume d'un œuf de poule, est formée d'une coque dure, et d'apparence calcaire, dans laquelle est renfermée une masse de consistance mielleuse ou cérumineuse, au milieu de laquelle on voit un grand nombre de poils; quelques-uns de ceux-ci semblent adhérents à la paroi de la tumeur, mais l'état avancé de la pièce ne permet pas de pouvoir affirmer positivement ce fait.

(Trélat, *Bull. Soc. anat.*, 1854, p. 105.)

Obs. XXVI. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une femme morte du choléra (même Bulletin, p. 105).

M. Perret présente une tumeur de même nature recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pelletan. La femme qui a succombé au choléra se croyait enceinte de trois mois n'ayant point été réglée pendant ce temps. La tumeur occupait l'ovaire droit; les parois sont de nature fibreuse, et le contenu est formé de poils agglutinés par une substance de consistance de cire fondue ; quelques poils adhèrent manifestement à la paroi du kyste, dont la face interne offre quelques saillies mamelonées analogues à des bulbes.

Obs. XXVII. — Kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme de 75 ans.

Cette femme est dans un état avancé de marasme sénile et porte les signes les plus évidents de la décrépitude physiologique : diarrhée cachectique, œdème des extrémités inférieures, vomissements alimentaires qui durent depuis plusieurs jours.

A l'examen général de la malade, on constate une distension très-considérable de l'abdomen rempli par une tumeur globuleuse et ovoïde, mate dans tous ses points.

Menstruation très-régulière jusqu'à la ménopause qui remonte à une douzaine d'années. Pas de grossesses antérieures ; le début de la tumeur remontait à la cessation des règles.

Le toucher vaginal constate l'intégrité du col, rien dans le cul-de-sac.

Le 11 mai la malade meurt presque subitement.

La mensuration de l'abdomen donne 72 centimètres de circonférence dans le point le plus saillant. On découvre une tumeur siégeant snr l'ovaire gauche, laquelle après incision donne issue à plusieurs boules de couleur jaunâtre, régulièrement arrondies et ressemblant à des boulettes de mastic de vitrier. Le kyste en contient un si grand nombre qu'on ne les compte plus; elles ont généralement un volume de 2 à 4 centimètres de diamètre; quelques-unes sont plus grosses. Elles contiennent toutes une certaine quantité de poils de couleur blanche ou rougeâtre. Il y a environ 500 grammes de liquide dans la cavité kystique.

Examen chimique et microscopique. — 1° Parties liquides sirupeuses, à réaction faiblement acide, renfermant de l'albumine, une matière qui ressemble à de la gélatine, une substance grasse, et un peu de phosphate de chaux.

Au microscope, on ne trouve que des fragments nombreux d'épithélium, et des globules graisseux; absence complète de corps cristallisés.

2° Matière solide presque exclusivement composée de matières organiques. La paroi interne du kyste présente des lamelles épidermiques, et des cellules plus jeunes d'épithélium.

La matière grasse est formée de deux substances, l'une soluble dans l'éther froid et l'alcool bouillant; l'autre insoluble dans ces deux véhicules.

(*Gaz. des hôpitaux*, 1873, p. 1065.)

Obs. XXVIII. — Kyste pileux de l'ovaire gauche; accroissement progressif. Ponctions répétées. Mort. Autopsie.

H..., 21 ans, entre le 9 décembre 1866 à la Clinique, dans le service de M. Nélaton.

Une petite tumeur fut remarquée pour la première fois, à l'âge de 11 ans, dans la fosse iliaque gauche; elle se développe lentement, et ce n'est que vers l'âge de 15 ans que son accroissement devient très-sensible. Absence des menstrues. Par suite du volume de l'abdomen un médecin pratiqua une ponction qui donna issue à six litres d'un liquide transparent et citrin.

Le soulagement dura six mois, puis en quelques mois la tu-

meur reprit ses proportions primitives et pendant cinq ans elle resta à peu près stationnaire, mais il survint de l'amaigrissement, de la perte des forces, des troubles digestifs qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital.

M. Nélaton constate, par la palpation et la percussion, la présence d'une tumeur extrêmement volumineuse, s'étendant obliquement, depuis la région de l'hypochondre gauche et de l'épigastre, jusqu'à la fosse iliaque du côté droit et la région hypogastrique. La matité occupe presque tout l'abdomen, sauf à droite, immédiatement au-dessous du foie, où l'on constate une sonorité très-marquée. Sa consistance n'est pas partout la même, à la partie supérieure on reconnaît des points très-durs ; toute la partie inférieure est fluctuante.

12 *décembre*.— Ponction : 6 litres et demi d'un liquide blanc jaunâtre, ressemblant à du pus.

26 *décembre*. Nouvelle ponction qui donne issue à un liquide onctueux, trés-épais, et s'écoule très-lentement. On laisse la canule à demeure.

14 *janvier*. — M. Nélaton enlève la canule et une mèche de cheveux entraînée par un flot de liquide se présente à l'ouverture. Pour faciliter la sortie de ces matières et des cheveux on dilate l'ouverture avec une tige de laminaria.

Mais les matières deviennent rapidement fétides, et la malade succombe le 27 janvier avec tous les signes de l'infection putride.

Autopsie. — Adhérences très-intimes des parois du kyste avec le péritoine pariétal ; son point de départ est l'ovaire gauche; l'utérus parfaitement libre présente à droite une latéroversion très-marquée.

La tumeur est formée de kystes très-nombreux occupant surtout la périphérie, et d'une masse centrale solide.

A lui seul, un kyste très-volumineux forme à peu près les deux tiers inférieurs de la tumeur, ce kyste a été ponctionné pendant la vie, et c'est lui qui renfermait toutes ces matières grasses mêlées de cheveux dont nous avons déjà parlé. Dans sa partie supérieure le kyste contient une masse extrêmement irrégulière, faisant saillie dans sa cavité et formée par l'accolement d'un très-grand nombre de mamelons plus ou moins volumineux, pédiculisés, et sur lesquels en différents points de leur surface sont implantés des cheveux et des dents.

Le tiers supérieur est formé par des kystes très-nombreux,

renfermant une matière grasse mêlée le plus souvent à des cheveux très-fins. La membrane qui revêt ces mamelons a l'apparence de la peau, elle porte implantée sur différents points de sa surface des cheveux très-longs. Dans tous les points où l'on ne rencontre point de cheveux, on voit un duvet très-fin, semblable à celui qui recouvre la peau d'un fœtus. On y remarque aussi de nombreuses ouvertures ou pores, qui ne sont autre chose que l'extrémité terminale d'innombrables conduits de glandes sébacées.

Parmi les mamelons, les uns sont complètement mous, les autres présentent sur divers points de leur surface des portions d'os plus ou moins volumineuses, lesquelles donnent souvent implantations à deux ou trois dents. Quelques dents isolées adhèrent intimement aux parties molles.

En deux points différents, deux os font saillie hors de la masse centrale; ils portent des dents alignées, rappelant par leur disposition les arcades dentaires. Le nombre de ces dents apparentes est de 29, dont 15 molaires, 8 incisives, 1 canine et 5 sans aucun type précis.

Une dissection attentive fait découvrir 12 autres dents complètement renfermées comme les dents de dentition normale, au milieu de tissu osseux. Ce qui fait un total de 41 dents.

Sur l'ovaire sain, il a été impossible de découvrir aucune cicatrice, ce qui est en rapport avec l'absence de menstruation chez cette jeune fille.

Examen histologique fait en collaboration avec M. Legros.— L'enveloppe externe des kystes est presque uniquement formée de fibres musculaires lisses ; son épaisseur est de 5 à 8 millimètres. Au milieu de gouttelettes graisseuses flottent des cellules épidermiques, tantôt isolées, tantôt formant de véritables squasmes. Le tissu cutané, revêtu d'épiderme disposé par couches stratifiées renferme entre les poils et les follicules pileux disséminés d'innombrables glandes sébacées, en plus grand nombre qu'à l'état normal, et s'ouvrant les unes à la surface de la peau, les autres entre le follicule pileux et le poil. Les glandes sudoripares paraissent n'exister en aucun point. Les papilles, qui en certains endroits hérissent la surface des mamelons appartiennent toutes au type conique ou filiforme.

Chacune des dents reçoit un filet nerveux facile à reconnaître au microscope.

(*Mahot*, *Bull. Soc. anat.* 1867, p. 102.)

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

I. Les kystes dermoïdes se rencontrent de préférence dans l'ovaire chez la femme. On les observe aussi chez l'homme dans le testicule; dans les deux sexes on les a observés dans le rein, au voisinage du sourcil, dans le cerveau et dans la cornée.

II. Ces kystes sont congénitaux; ils renferment : 1° la peau et ses annexes; 2° de la matière sébacée; 3° des poils; 4° des dents; 5° des os; 6° des vaisseaux et des nerfs.

III. Tous ces produits sont le plus souvent altérés bien que reconnaissables.

IV. Leur constitution est telle que, même lorsque les tumeurs sont très-développées, il est impossible d'y saisir les traces d'une inclusion fœtale, et que, par suite, leur développement doit être mis sur le compte d'une aberration embryogénique primitive.

V. On les voit apparaître de bonne heure chez les femmes qui en sont atteintes, et leur apparition coïncide le plus souvent avec le moment où les « cellules aberrantes » reprendraient dans l'organisme leurs propriétés créatrices.

VI. Les tumeurs kystiques uniloculaires forment un groupe distinct des kystes dermoïdes et la na-

ture de leur contenu liquide est en rapport avec la cause qui leur a donné naissance (hydropisie des follicules, Rokitansky, André); retour aux tubes de Pflüger (Virchow, Rokitansky); kystes par dégénérescence centrale (épithélioma myxoïde, Malassez).

VII. Les tumeurs solides kystiques ou non appartiennent à la trame même de l'ovaire (sarcome et ses variétés) ou à l'épithélium qui tapisse la vésicule de Graef (carcinome et ses variétés, épithélioma).

Nous croyons inutile d'insister sur les conclusions à tirer du diagnostic, du pronostic et du traitement, puisque nous nous sommes étendu sur ces questions dans le courant de notre travail, et aussi sur la conclusion relative au développement embryogénique (dermoïdes) auquel nous avons consacré une partie spéciale.

Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.